Rok XLVII. Kraków, dnia 28. marca 1908. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego Szpitala.

Przyczynek do oceny wartości klinicznej szczepień naskórnych tuberkuliny u dzieci metodą Pirqueta.

Podał
Wacław Jasiński
lekarz-intern szpitala.

Ogłoszona w maju r. z. przez Pirqueta metoda rozpoznawczego stosowania tuberkuliny w postaci szczepień naskórnych stoi w związku genetycznym z innemi pracami tegoż autora: jest ona zużytkowaniem rozpoznawczem tak zwanej przez niego allergii. Mianem allergii oznacza Pirquet odmienny sposób oddziaływania na jad lub zakażenie tych ustrojów, które miały już poprzednio sposobność zetknąć się z danym jadem lub zarazkiem: a więc: badając wraz z Schickiem objawy t. zw. choroby surowiczej (Serumkrankheit) zauważył Pirquet, że u osobników, którym wstrzyknięto surowicę po raz drugi, objawy tej choroby występują wcześniej; podobnież przy powtórnem szczepieniu ospy odczyn występuje znacznie wcześniej i w innej postaci, niż to dzieje się u szczepionych po raz pierwszy. Ten »wczesny odczyn« po szczepieniu opracował Pirquet wyczerpująco w stosunku do krowianki (5) i oparł na tem szereg ogólnych wniosków co do znaczenia allergii.

Badania swe rozszerzył Pirquet wkrótce na cały szereg chorób zakaźnych (błonica, dur, płonica), pragnąc stworzyć nową metodę rozpoznawania: »Allergiediagnostik«. Wyniki pomyślne otrzymał Pirquet na razie w gruźlicy. Zaliczając do objawów allergii odczyn gorączkowy, występujący u osobników gruźliczych po wstrzyknięciu tuberkuliny, Pirquet wpadł na myśl wypróbowania »wczesnego odczynu« po zastosowaniu tuberkuliny, w postaci szczepień naskórnych.

Od marca do maja r. z. wykonał Pirquet przeszło 700 szczepień; z wyników ich wniósł on, że sposób jego nie ustępuje w niczem stosowanym dotychczas wstrzykiwaniom. W zastosowaniu praktycznem metoda Pirqueta miałaby zaś ogromną nad wstrzykiwaniami przewagę: jest ona bardzo łatwa zarówno pod względem wykonania, jak i spostrzegania, daje się stosować u osobników gorączkujących, ponieważ zaś odczyn po szczepieniu jest tylko miejscowym, upada poważny zarzut szkodliwości, jaką przypisywano wstrzykiwaniom.

Omówione zalety usprawiedliwiają w zupełności ożywioną dyskusyę, jaką metoda Pirqueta wywołała w piśmiennictwie: w ciągu kilku zaledwo miesięcy staje się ona źródłem badań doświadczalnych (Vallée Arloing) (7), i poszukiwań histologicznych (Bandler i Kreibich) (15) oraz nader licznych badań w klinikach i szpitalach; teoretyczne jej wyjaśnienie zajmuje również badaczy, (Citron (13), Wolf-Eisner (24)], którzy, podobnie jak Pirquet, stawiają odczyn w związku z wytworzonymi w ustroju niwecznikami (»Antikörperreaktion«).

Ogłoszona nieco później przez Calmettea metoda wkraplania tuberkuliny do worka spojówkowego daje pole do badań porównawczych nad wartością obydwu odczynów.

Nie zestawiając szczegółowo ogłoszonych dotychczas wyników badań klinicznych, co w piśmiennictwie naszem po części już nastąpiło [Korczyński (19), Skórczewski (18)]. zatrzymamy się tylko nieco na rozpatrzeniu ciekawego materyału sekcyjnego, jakim mógł poprzeć swą metodę Pirquet (9). We wrześniu r. z. ogłosił on mianowicie wyniki 100 badań pośmiertnych, dokonanych w klinice Eschericha i na oddziale Mosera. W 52 przypadkach, w których sekcya żadnych zmian gruźliczych nie wykryła, odczyn był ujemny. Jeden przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych dawał za życia odczyn dodatni, chociaż sekcya stwierdziła tylko powiększenie wszystkich gruczołów (*status lymphaticus*) i zrosty płuca z opłucną bez makroskopowych zmian gruźliczych, (przypadek ten Pirquet zalicza do niepewnych). Z 47 przypadków, w których sekcya stwierdziła gruźlicę, bądź jako przyczynę zejścia, bądź też dodatkowo, odczyn dodatni stwierdzono za życia w 31, ujemny w 16; z tych 16 w 15 szczepienie wykonano w ciągu ostatnich dni życia, w szesnastym zaś na 14 dni przed śmiercią, a przypadek ten dotyczył 20-miesięcznego charłaczego dziecka.

Spostrzeżenia Pirqueta, który oprócz przytoczonych danych sekcyjnych, ogłosił około tysiąca spostrzeżeń klinicznych, dotyczą przedewszystkiem dzieci.

Poprzednio już co do wstrzykiwań tuberkuliny liczni badacze oświadczyli się dość stanowczo, że rozpoznawcze stosowanie tuberkuliny u dzieci właśnie największe ma znaczenie: zarówno pierwsze badania odczynu gorączkowego po wstrzyknięciu tuberkuliny [Epstein, Heubner (2), Escherich (1)], jak i późniejsze sprawozdania [Schick (3)], oraz badania niemowląt od pierwszych dni życia (Behrend, Mettétal, Binswanger (2)] stwierdzają to wy-

raźnie: kiedy bowiem u dorosłych odczyn dodatni na tuberkulinę zależeć może od t. zw. gruźlicy utajonej *(inaktiv latente Tuberkulose)* a nie od sprawy współrzędnej ze szczepieniem, to we wczesnym okresie życia gruźlicę utajoną spotykamy nierównie rzadziej [Hamburger, Sluka (4), a więc i odczyn dodatni łatwiej rozstrzyga o rozpoznaniu.

Sądząc, że materyał nasz, dotyczący dzieci, już z tego względu będzie ciekawym, oraz że obecnie każdy przyczynek kliniczny będzie dla ustalenia wartości metody dość pożądanym, podajemy poniżej wyniki szczepień tuberkuliny metodą Pirqueta, dokonanych za zgodą Dra Brudzińskiego w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Szczepienia rozpoczęliśmy w czerwcu r. z.[1]), wkrótce po ogłoszeniu metody Pirqueta dzięki temu, że mogliśmy zaznajomić się z metodą u źródła (w klinice Eschericha). Szczepień dokonywaliśmy według wskazówek Pirqueta: igłą Pirqueta robiliśmy na przedramieniu trzy powierzchowne zdrapania (wiercenia) w odległości kilku centymetrów jedno od drugiego, środkowe pozostawialiśmy dla kontroli, w dwa inne wpuszczaliśmy po kropli 25% rozczynu starej tuberkuliny (z fabr. w Höchst). Do rozcieńczania tuberkuliny używaliśmy z początku rozczynu soli, później soli i 5% karbol-gliceryny (1:1:2 soli).

Za odczyn dodatni uważaliśmy grudki lub obwódki, przekraczające 0,2 cm. i trwające dłużej, niż 2 doby; kiedy obwódka była mniejsza lub nikła zbyt szybko, szczepiliśmy powtórnie. Odczyn, jaki widywaliśmy, bywał zawsze miejscowym; wzniesienia ciepłoty po szczepieniu nie widywaliśmy. Odczyn miewał najczęściej postać grudki, barwy różowej, średnicy 3—5 mlm. okolonej ciemniejszą nieco obwódką; średnica grudki wraz z obwódką wynosiła najczęściej 0,8—1 cm., dochodziła jednak i do 2,5 cm. Zamiast grudki spostrzegaliśmy niejednokrotnie pęcherzyk, okolony różową obwódką; u dzieci zołzowych (5 przypadków) pęcherzyki te miały po 5—8 mm średnicy. W trzech przypadkach (1 u dziecka zołzowego, 1 w gruźlicy kilku kości) widzieliśmy obrzmienie przedramienia; obrzęk znikł po 2—3 dniach. U dzieci wyniszczonych odczyn bywał słabszy ograniczał się często do płaskiej obwódki z odcieniem sinawym (odczyn charłaczy). Odczyn w przypadkach naszych występował najczęściej w ciągu pierwszej doby; około 30 razy spostrzegaliśmy jednak odczyn powolny *(torpide Reaction)* wyraźny dopiero po 2 dobach. U jednego dziecka z wybitnymi objawami zołzów *(rhinitis, keratitis phlyctaenulosa)* naokoło pierwotnej obwódki dostrzegliśmy w ciągu 2-giej doby koronę, złożoną z oddzielnych grudek wielkości łebka od szpilki *(scrophulöse Reaction)*. Wykwitów na całem ciele [Oppenheim (12)] nie spostrzegaliśmy, choć w jednym przypadku był toczeń goleni; nie widzieliśmy podobnież żadnych objawów ze strony rogówki, choć w 5 przypadkach szczepień dokonaliśmy u dzieci, dotkniętych zmianami rogówki. Spostrzeżenia nasze stoją więc w tym względzie w sprzeczności z ogłoszonemi przez Pfaundlera oraz Moro i Doganoffa (11) przypadkami owrzodzeń rogówki po zaszczepieniu tuberkuliny.

Przechodząc do omówienia wyników szczepienia w poszczególnych przypadkach, określimy w kilku słowach rodzaj naszego materyału. Ponieważ oddziału dla niemowląt w szpitalu nie posiadamy, szczepiliśmy u dzieci w wieku od lat 2 do 13; większość szczepień dotyczy dzieci w wieku od 7 do 10 lat. Gruźlica w naszym materyale szpitalnym pierwsze wogóle zajmuje miejsce; dzięki specyalnym warunkom (możność bezpłatnego korzystania z pomocy szpitalnej) mamy przytem sposobność spostrzegania początkowych okresów gruźlicy (gruźlica gruczołów oskrzelowych, nacieki szczytowe), które w innych warunkach nie dostają się zazwyczaj do szpitali; mając jednocześnie stale pewną ilość przypadków daleko posuniętej gruźlicy płuc, oraz na oddziale chirurgicznym znaczną ilość tak zw. gruźlicy zewnętrznej, rozporządzaliśmy materyałem do szczepień dość różnostronnym i bogatym. Dla kontroli zastosowaliśmy szczepienie w pewnej liczbie przypadków, klinicznie od gruźlicy wolnych.

Ogólna ilość szczepień wynosi 201 w 170 przypadkach chorobowych. Przypadki te dzielimy na grupy: I. gruźlicy stwierdzonej klinicznie lub sekcyjnie, II. podejrzanych o gruźlicę, i III wolnych od gruźlicy. Wyniki szczepień w poszczególnych grupach uwidoczni następująca tablica:

	Ilość przypadków	Odczyn dodatni	Odczyn ujemny	Uwagi
I. grupa: (klinicznie pewna gruźlica).				
a) gruźlica opon mózgowych i prosówkowa	5	2	3	4 stwierdzone sekcyj.
b) gruźlica otrzewny .	3	3	—	1 stwierdzony sekcyj., 1 podczas operacyi.
c) gruźlica płuc . .	28	27	1	1 stwierdzony sekcyj., 3 zmarły w domu.
d) gruźlica zewnętrz.	18	17	1	1 zmarł na gruźlicze zapalenie opon.
Zołzy	6	6	—	
Razem . .	60	55	5	
II. grupa: podejrzane o gruźlicę.				
a) gruźlica gruczołów oskrzelowych . .	20	18	2	
b) nacieki szczytowe.	43	40	3	
c) zapalenie płuc zrazikowe	4	1	3	
d) rozszerzenie oskrzeli (?) . . .	1	—	1	
Razem . .	68	59	9	
III. grupa: wolne od gruźlicy .	42	3	39	
Ogółem . .	170	117	53	

W pierwszej grupie (przypadki pewnej klinicznie gruźlicy) odczyn dodatni otrzymaliśmy w 91%: na 60 przy-

[1]) Sprawozdanie ze szczepień początkowych przytoczył w dyskusyi nad odczytem Dra Progulskiego, Dr Brudziński na posiedzeniu sekcyi pedyatrycznej X zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie. Pierwsze 60 przypadków omówił autor tej pracy w odczycie »O rozpoznawczem szczepieniu tuberkuliny metodą Pirqueta w Tow. lek. łódzkiem d. 4. IX., 1907 (patrz Czasopismo lekarskie 1908. Nr 1. str. 26).

padków odczyn ujemny widzieliśmy w 5. W 3 przypadkach odczynu nie było u osobników, dotkniętych gruźliczem zapaleniem opon mózgowych szczepionych na 3 - 5 dni przed śmiercią; czwarty przypadek z odczynem ujemnym dotyczył gruźlicy płuc u 6-letniego dziecka, bardzo wyniszczonego; dziecko to zabrano do domu w kilka dni po szczepieniu, dzień zejścia nie jest nam wiadomy. W ostatnim wreszcie przypadku, umieszczonym w grupie gruźlicy zewnętrznej, odczyn wypadł ujemnie pomimo rozpoznanej klinicznie gruźlicy.

W. Rub. l. 3, przyjęty na oddział chirurgiczny z powodu guzów na szyi. Dziecko odżywione nieźle, skóra woskowo blada: gruczoły wogóle nie powiększone wybitnie, na szyi z prawej strony dwa duże pakiety wielkości jaja kurzego. W płucach nieliczne rzężenia. Śledziona niemacalna. Rozpoznano: *lymphadenitis colli tbc.* Wynik szczepienia ujemny. Dziecko wypisano po operacyi w stanie zadowalniającym. (Podobny przypadek spostrzegał niedawno Goebel (23).

Trzy inne przypadki przewlekłego zapalenia gruczołów chłonnych szyi dały natomiast wybitny odczyn na szczepienie.

Z przypadków pewnej klinicznie gruźlicy (I-sza grupa) z odczynem dodatnim kilka zasługuje na dłuższe omówienie.

Co się tyczy przedewszystkiem 2 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w których widzieliśmy odczyn dodatni, zaznaczyć powinniśmy, że w pierwszym mieliśmy gruźlicę (oddech oskrzelowy i trzeszczenia nad szczytem prawym, tuberkulidy na skórze), której ostatnim dopiero okresem było zapalenie opon; szczepienie dokonane zostało bardzo wcześnie, kiedy jeszcze objawy mózgowe wcale nie były zaznaczone; odczyn wypadł dodatnio; płaskie blado-sine obwódki, o 1 cm średnicy znamionowały odczyn charłaczy. Wkrótce po wystąpieniu objawów mózgowych dziecko zabrano do domu, dzień zejścia niewiadomy. Drugi przypadek, zbadany sekcyjnie, dawał odrazu objawy mózgowe.

Nr 144. Wanda Kam. l. 11, z bliźniąt, matka zmarła na gruźlicę: w wywiadach przed 2 miesiącami odra. Chora od miesiąca: skarżyła się na drętwienie w palcach rąk, gorzej władała lewą ręką i nogą. Od 8 dni lewostronny niedowład. Stan obecny: niezmiernie wyniszczona; skóra sucha, pomarszczona; na kończynach i brzuchu zrzadka rozsiane sinawe strupki wielkości od łebka szpilki do ziarnka prosa (tuberkulidy). Kościec wątły. *Micropolyadenia.* Lewą kończynę dolną powłóczy, bark lewy ledwie unosi. Czucie po stronie lewej znacznie upośledzone, odruch kolanowy po lewej wzmożony, objaw Babińskiego dodatni; objaw Kerniga dodatni. Tarcza nerwu wzrokowego zastoinowa, gruzełków przy badaniu dna oka nie dostrzeżono. Tętno nierówne, tony serca czyste. Nad prawym szczytem i pod obojczykiem odgłos wypukowy krótszy. Brzuch wpadnięty. Śledziona macalna, miękka. 19/X Szczepiono wieczorem nierozcieńczoną tuberkuliną. 20/X odczyn wczesny, sino-czerwone obwódki, średnicy 0,6 cm. 23/X Śmierć. Badanie pośmiertne stwierdziło: zrosty płuca z opłucną po stronie prawej — liczne gruzełki na całej przestrzeni płuc, wątroby i śledziony. W mózgu po str. prawej w okolicy płatu ciemieniowego na wypukłej powierzchni półkuli ognisko rozmiękłe wielkości monety kopiejkowej, w promieniu ogniska liczniej zgrupowane gruzełki. Na podstawie mózgu gruzełki.

W przypadku tym używaliśmy nierozcieńczonej tuberkuliny, licząc, że wobec charłaczego stanu 25% rozczyn będzie zbyt słabym [2]). Odczyn dodatni, występujący na kilka dni (w naszym przypadku na 3 dni) przed śmiercią, nie jest zresztą wyjątkowym: w przypadkach gruźlicy prosówkowej i zapalenia opon, zbadanych sekcyjnie przez Pirqueta, odczyn dodatni w ciągu ostatnich dni życia wystąpił 11 razy na 23. W jednym przypadku przytem u 6 miesięcznego dziecka spostrzegał Pirquet na 3 dni przed śmiercią grudki, średnicy 2 cm. (»hyperergische Reaction«). Pirquet tłómaczy ten odczyn nader szybkim przebiegiem gruźlicy prosówkowej, którą stwierdzono na sekcyi.

Z przypadków pierwszej grupy omówimy jeszcze 2 przypadki, w których szczepienie, dokonane wcześnie, dało wynik dodatni przy dość wątpliwych klinicznych objawach gruźlicy, dalszy zaś przebieg potwierdził rozpoznanie gruźlicy.

Nr 35. Lodzia M. lat 9, przyjęta na oddział chirurgiczny z powodu przepukliny pachwinowej. Budowa drobna, odżywienie mierne. Długie czarne rzęsy; grzbiet uwłosiony. Klatka piersiowa płaska. W płucach zmian nie stwierdzono. Brzuch wysklepiony prawidłowo, niebolesny. Szczepienie tuberkuliny dało wynik dodatni; grudki 1,5—1,8 cm odczyn bardzo szybki. Podczas operacyi przepukliny na otrzewnej stwierdzono gruzełki (Dr. Watten).

Drugi przypadek dotyczył chłopca, dotkniętego również zapaleniem otrzewny:

Nr 155. Staś S. l. 14. Ojciec zmarł podobno na gruźlicę. U chłopca, dotąd zdrowego, od kilku miesięcy zauważono powolne powiększanie się obwodu brzucha. — W szpitalu stwierdzono: odżywienie liche; skóra i błony śluzowe blade; gruczoły liczne, drobne; w płucach stłumienie i zniesienie oddechu od kąta łopatki prawej. Obwód brzucha 90 cm, wybitna puchlina brzuszna. Wątroby wymacać nie można z powodu ogromnego napięcia brzucha. W dniu przyjęcia zaszczepiono tuberkulinę; w 20 godzin odczyn dodatni, obwódki 0,8 cm. Na drugi dzień po przyjęciu z jamy otrzewnej wypuszczono 6 litrów płynu opalizującego, barwy żółtawej, o ciężarze gatunkowym 1014, ilość białka w płynie 12‰; przy badaniu drobnowidzowem, liczne limfocyty. W dalszym przebiegu stwierdzono obustronny wysięk surowiczy opłucnej; pomimo wybitnej poprawy zarówno ze strony otrzewnej, jak opłucnej, chłopiec wieczorami gorączkuje.

Jednoczesne wystąpienie wysięku w otrzewnej i obydwu opłucnych, przebieg choroby i badanie płynu przemawiają tu stanowczo za gruźliczem pochodzeniem sprawy, choć początkowo nader obfity wysięk otrzewny nasuwał inne przypuszczenia. Szczepienie Pirqueta w tym przypadku wcześnie przechyliło szalę na stronę właściwego rozpoznania. (Dok. nast.)

²) W drugiej seryi szczepień widzieliśmy w przypadku zapalenia opon mózgowych odczyn dodatni na 3 dni przed śmiercią po zaszczepieniu zarówno nierozcieńczoną, jak 10%-ową tuberkuliną.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa.

O stwardnieniu plastycznem prącia.

Podał

Dr J. Stopczański

Asystent kliniki.

(Dokończenie).

W celu badania histologicznego [2]) jedną część wyciętego guza utrwalono w płynie formalinowym Müllera, drugą część oprócz tego dla rozmiękczenia tkanek traktowano płynem Hanga. Do barwienia użyto celem wyróżnienia składowych części tkanek różnych barwików, a mianowicie hematoksyliny i eozyny, orceiny, pikrokarminu, następnie barwienia sposobem van Giesona, Weigerta, wodnym

²) Dokładne zbadanie histologiczne, jak również wykonanie rysunku zawdzięczam Prof. Krzyształowiczowi, za co niech wolno mi będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

błękitem metylowym. W preparatach w ten sposób barwionych wyraźnie odróżnia się utkanie guza od tkanki otaczającej. Różnica ta uwydatnia się silniejszem zabarwieniem zbitej tkanki klejorodnej, stanowiącej podstawę utkania guza. Granica ta przedstawia się, w linii krzywej, zaznaczającej głębokie wgłębienia i wypuklenia guza w tkankę otaczającą. Tkanka na granicy guza, mająca utkanie wiotsze, aniżeli warstwy powyżej się znajdujące, wchodzi pasmami w te wgłębienia guza, zawierając liczne naczynia. Na utkanie guza składają się przeważnie włókna tkanki klejorodnej, przebiegające w zbitych pasmach, które stają się luźniejsze w otoczeniu nielicznych naczyń, około których grupują się w większej ilości komórki. Włókna sprężyste, czarno zabarwione przy barwieniu sposobem Weigerta, są w utkaniu guza inaczej ułożone, jak w tkance guz otaczającej. W utkaniu guza występują w postaci pojedynczych



krótkich przecinkowatych włókienek lub też łączą się w drobne wiązki. Ilość włókien sprężystych jest znacznie większa w tkance, otaczającej guz, w której znajdują się one przeważnie w grubszych wiązkach, mających przebieg falisty. Komórki w utkaniu guza nie okazują stłuszczenia, ani innych zmian wstecznych, również nie ma w utkaniu guza śladów zmian zapalnych. Naczynia w tkance otaczającej guz przebiegają prostolinijnie, na co wskazują przeważające podłużne przekroje naczyń. W niektórych naczyniach występują poduszkowate zgrubienia ścian, które znacznie zwężają światło naczyniowe, jak to widać w załączonej rycinie. Te zgrubienia, składające się z dość znacznej ilości włókien, z komórek wrzecionowatych i okrągłych, zlewają się bezpośrednio z wewnętrzną warstwą ściany naczyniowej. Nie ulega wątpliwości, że zgrubienia te, które występują głównie w naczyniach guza, należy uważać za zmiany miażdżycowe. W jednym tylko ze skrawków znaleziono przy badaniu bardzo drobną odosobnioną wysepkę o budowie tkanki chrząstkowej. Komórki tej wysepki o skurczonej częściowo protoplazmie mają wyraźne osłonki, w których pojedynczo lub po dwie razem się znajdują.

Ten obraz budowy guza odpowiada zupełnie rozpoznaniu stwardnienia plastycznego i zgadza się w głównych zarysach z badaniami drobnowidowemi innych autorów.

Piśmiennictwo zawiera niewiele opisów budowy stwardnienia plastycznego, gdyż dotąd w kilku zaledwo przypadkach wykonano operacye, przez które uzyskano materyał do badania. W bardzo niewielu zaś leczonych i rozpoznanych za życia przypadkach, w których zejście śmiertelne nastąpiło z powodu innych chorób, można było wykonać autopsyę, oraz badanie histologiczne. Prawie wszystkie prace, które obejmują badanie drobnowidowe, wykonano w ostatnich dziesięciu latach. Przedtem dokładniejszy opis budowy stwardnienia plastycznego podał T u f f i e r (1885) w przypadku, w którym guz wycięty zbadał histologicznie L e l o i r. W tym przypadku badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie, podobne do tkanki bliznowca (keloidu), zawierające skąpą ilość naczyń. Zupełnie podobny obraz stwierdziły badania stwardnienia plastycznego, które wykonał T a y l o r. Przypadek, spostrzegany i leczony przez C h e t w o o d a, dotyczył 55-letniego chorego na cukrzycę, która wywołała zejście śmiertelne. W tym przypadku badanie po sekcyi, wykonane przez J e f f r i e s a stwierdziło, że stwardnienie, które od nasady prącia sięgało aż po żołędź, zawierało tkankę kostną w części tylnej; w przednim zaś odcinku składało się z tkanki włóknistej, w której znajdowały się złogi wapniowe. W ostatnich latach podaje G a l e w s k y i H ü b e n e r badanie histologiczne w przypadku, przez siebie operowanym. Guz, wycięty w tym przypadku, składał się z tkanki chrzęszczącej przy krajaniu nożem. Pod drobnowidem miał utkanie włókniste, zawierające nieliczne naczynia i komórki. Złogów soli wapniowych wśród tkanki guza nie znaleziono. Bardzo dokładne badanie drobnowidowe stwardnienia plastycznego podaje S a c h s w swej ostatniej, w roku zeszłym wydanej pracy. Opisuje on przypadek, w którym wycięto trzy guzki, z których dwa były wielkości migdała, trzeci wielkości daktyla. Jeden z guzów składał się głównie ze zbitej tkanki klejorodnej, zawierającej małą ilość naczyń i komórek. Śladów zmian zapalnych w tkance guza nie znaleziono. Naczynia tętnicze oprócz tylko silnie pofałdowanej błony wewnętrznej żadnych innych zmian nie okazywały. Drugi guz co do utkania różnił się od pierwszego mniejszą jeszcze ilością włókien sprężystych, komórek i naczyń, zresztą budowa zupełnie była podobna do pierwszego. W trzecim guzku znaleziono wśród tkanki włóknistej płytkę kostną obok nieznacznej ilości tkanki chrząstkowej.

Porównując wynik badania histologicznego w pracy S a c h s a z naszemi spostrzeżeniami, znajdujemy pewne różnice. W przypadku naszym badanie histologiczne wykryło drobną wysepkę chrząstki, brak natomiast tkanki kostnej.

Jeżeli przyjmiemy przypuszczenia Sachsa co do powstawania tejże tkanki w stwardnieniu plastycznem, to uznamy zarazem czas trwania zmian w naszym przypadku za krótszy, aniżeli w przypadku S a c h s a, co zresztą zgadza się z wywiadami.

Ciekawym szczegółem w przypadku naszym są zmiany miażdżycowe w naczyniach guza przy braku miażdżycy w innych tętnicach, a mianowicie skroniowych i promieniowych.

Schurygin wspomina w swej pracy o czterech autopsyach zwłok ludzi, zmarłych przed 40. rokiem, które wykonano tylko dla porównania, gdyż badania jego odnosiły się do ludzi zmarłych w wieku starszym. Otóż u dwóch mężczyzn, z których jeden zmarł w 18., drugi w 36. roku życia, znalazł wybitną miażdżycę poszczególnych gałęzi tętnicy grzbietnej prącia; natomiast bardzo dokładne badanie innych tętnic stwierdziło zupełny brak zmian miażdżycowych. W naszym przypadku te zmiany naczyniowe rzucają pewne światło w kierunku wyjaśnienia przyczyny powstania stwardnienia plastycznego. Waelsch w swej pracy, w której opisuje trzy przypadki stwardnienia, dotyczące ludzi w wieku od 31 do 38 lat, przypuszcza, że przyczyną powstania tego cierpienia mogą być zmiany zapalne około naczyń grzbietnych prącia. Przebieg tych naczyń tłómaczyłby zarazem szczególną skłonność tych zmian do sadowienia się wzdłuż przegrody ciał jamistych. Te przypuszczenia wydają się w naszym przypadku tem słuszniejsze ze względu na obecność owych zgrubień ścian naczyniowych, które, zwężając światło naczyń i utrudniając krążenie, mogły być punktem wyjścia zmian zapalnych okołonaczyniowych, mających znaczenie przyczynowe dla powstania stwardnienia.

Piśmiennictwo. 1) Berl. Dermat. Ges. 10. I. 1899. Derm. Zeitschr. 1899. — 2) Boyer: Traité des maladies chirurgicales Uebers. von Teutor. — 3) Brohl: Eine Graviditas tubaria und ein Os penis im Roentgenbilde Fortschr. auf d. Geb. d. Roentgenstrahlen. — 4) Buren und Keyes. Referat über chronisch umschriebene Entzündung des Corpus cavernosum penis Arch. für Derm. und Syph. 1874. — 5) Decloux E.: Examen d'un ganglion penien. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1902. — 6) Delaborde Induration des Corpus cavernosum. Ref. w Arch. für Derm. und Syph. 1888. T. XX. — 7) Duplony: Commencement d'ossification de la cloison des corps caverneux Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885. — 8) Echtermayer: Indurationen im Corpus cavernosum penis. Dermat. Zeitschr. T. VI. 1899. — 9) Englisch: Über die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes. Wiener med. Wochenschr. 1901. — 10) Finger: Die Blenorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. 6. Auflage, 1905. — 11) Förster A.: Handbuch d. speciel. pathol. Anatomie II. Aufl. 1863. — 12) Galewsky i Hübener: Zur Behandlung der sog. plastischen Induration der Corpora cavernosa. Münch. med. Wochs. Nr 32, 1902. — 13) Gemmel: Die Gicht. Berlin, 1901. — 14) Gosselin: Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Anomalies des corps cav. — 15) Gross. Die Verletzungen des Penis. In. Diss. Kiel, 1902. — 16) Hebra: Vorlaufige Mittheilung über die Wirkung der Thiosinamin. Arch. für Derm. u. Syph. 1892. — 17) Horowitz M.: Über Cavernitis und Lymphangoitis Penis. Wien. med. Presse 1900, Nr 10). — 18) Hunter: Abhandlung von der venerischen Krankheit, 1848. — 19) Jacobi P.: Ueber Penisknochen. In. Diss. Leipzig, 1899. — 20) Jadassohn: Die Entzündungen der Corpora cavernosa. Handb. der prakt. Med. v. Ebstein und Schwalbe I. — 21) Jansen: Zur Lehre von der Dupuytren'schen Fingerkontraktur. Arch. für klin. Chir. Bd. L. XVII. — 22) Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis, 1891. — 23) Klebs: Handb: der path. Anatomie, 1878. — 24) Koenig: Lehrb. der spec. Chirurgie VIII. Auflage, 1905. — 25) Lang E.: Derbes Infiltrat der Glans und Corpora cavernosa. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten 1895, VI. — 26) Lenhossek: Knorpelahnliche und wahre Knochenbildung im männlichen Gliede eines Erwachsenen. Virch. Arch. Bd. LX., 1874. — 27) Mauriac: Sclérose des corps caverneux. Gaz. hebd. de med. et d. chir., 1886. — 28) Neuman J.: Syphilis, 1896. — 29) Neumark H. Plastische Induration des Penis, 1906. — 30) Pitha: Handb. der spec. Pathologie und Therapie, Krankheiten der mannlichen Geschlechtsorgane und der Harnblase. — 31) Pezzoli i Porges: 12.000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht aus Prof. Fingers Ambulatorium, 1903. — 32) Posner: Ein Fall von «Plaque indurée« am Penis. Berl. klin, Wochs., 1899, — 33) Rokitansky: Lehrb. der pathol. Anatomie, 1861. — 34) Sachs: Vier Fälle von sogen. «plastischer Induration« der Corp. cav. penis. Wien. klin. Wochs. Nr 5, 1901. — 35) Sachs: Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica Arch. für Derm. und Syph. Bd. LXXV. — 36) Scholz: Ueb. Infiltration der Schwellkörper des männlichen Gliedes. Wien. med. Wochs., 1858. — 37) Schulz: Ueber gutartige Penistumoren. In. Diss. Freiburg, 1902. — 38) Schurygin: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen Membri virilis im Greisenalter, Wiener med. Presse, 1898. — 39) Tuffier: Sur l'induration des corps caverneux. Ann. des mal. des org. gen. ur 1894. — 40) Velpeau: Nouv. elements de med. operat. Paris, 1839. — 41) Waelsch. Über die Induratio penis plastica. Münch. med. Wochs. Nr 41, 1906. — 42) Zeissl. Drei Fälle von Gumma des Penis. 2 Fälle von Gummen der Lymphknoten. Wiener med. Nr 21, 22, 1894. 43) Zeissl. Klinisches Handbuch der Harn- und Genitalorgane.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nahmmacher. **O leczeniu radem.** (*Posiedz. Tow. lek. i przyr. w Dreznie* 2. XI. 1907). N. leczył radem 60 chorych. Korzystne wyniki otrzymał w przypadkach małych pooperacyjnych nawrotów raka, dalej w toczniu i gruźlicy skóry, brodawkach, przy ograniczonych zabarwieniach skóry i naczyniakach krwionośnych i limfatycznych. Wynik ujemny spostrzegał przy odmrożeniach, mięśniakach macicy, dalej przy głęboko leżących nowotworach i przy nie nadających się do operacyi rakach macicy, chociaż w takich rakach macicy przy stosowaniu radu w jamie macicy (4—5 tygodni pozostawia się 15 mg.), osiągnąć można względną poprawę i zmniejszenie się bolów. N. rozpoczyna leczenie słabemi naświetlaniami i dopiero w miarę odczynu przedłuża naświetlania; używa 10—15 mg. bromku radu, a posiedzenia trwają 5—30 minut. — W dyskusyi Galewsky oświadcza, że na nowotwory działa rad (podobnie, jak i promienie Röntgena) bardzo różnie, czasem dobrze, a czasem wprost źle. Czy wyniki lecznicze radem są trwałe, to jeszcze pytanie. — Schmorl badał drobnowidowo preparaty z przypadków N. i znalazł martwicę tkanki komórkowej i wrastanie tkanki łącznej włóknistej w wielu przypadkach. Rad działa najwyżej 4 mm. w głąb. S. spostrzegał też przypadek, w którym wyleczono radem brodawkę barwikową na twarzy; w 9 miesięcy chory zmarł, a przy sekcyi znaleziono liczne przerzuty mięsaka barwikowego bez pierwotnego ogniska, za które uważać należy chyba ową brodawkę. *Klęsk.*

Weber. **Próba na zwierzęciu w rozpoznaniu zmian gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 7). Przeszczepianie na zwierzę podejrzanego o gruźlicę materyału w celach rozpoznawczych nie znalazło powszechnego zastosowania, zapewne dlatego, że wymaga ono, jeżeli czeka się na śmierć zwierzęcia, długiego czasu, bo 4—8 tygodni. O wiele rychlej można jednak doczekać się wyniku, jeżeli w 10—16 dni po szczepieniu wytnie się u zwierzęcia sąsiednie, powiększone zwykle wtedy gruczoły. Jeżeli materyał zawierał prątki, to na pewno znajdą się one i w gruczołach. Przeszczepianie na zwierzę wyłącza pomyłkę co do prątków mastki. Szczepić należy zawsze kilka świnek morskich, bo gdy materyał zawiera nieliczne prątki, to niektóre ze zwierząt mogą nie uledz zakażeniu. Bloch w celu prędszego rozpoznania polecił zgniatać gruczoły limfatyczne w sąsiedztwie miejsca szczepienia, przez co o wiele prędzej (często już w 9 dni) można w nich wykryć prątki po zaszczepieniu. Sposób Blocha jest dobry, ale utrudnia badanie drobnowidowe gruczołów i trudniej też w tkance obumarłej odszukać prątki. Szczepienie na zwierzętach jest bardzo ważne w rozpoznawaniu gruźlicy nerek, gdyż badanie samego osadu moczu często wywołać może pomyłkę (prątki mastki!). *Klęsk.*

Wrede. **Leczenie zastoiną ostrych zakażeń ropnych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 3). W pracy swej występuje W. wogóle przeciw leczeniu zastoiną ostrych ropnych spraw, wskazując na liczne ujemne strony tego leczenia. I tak zwolnienie prądu krwi po założeniu opaski nie jest wcale dla leczenia korzystne i usposabia do zakrzepów. W wielu przypadkach zaś wywołuje opaska, jak się zdaje, nawet skutek niezamierzony, t. j. przyspieszenie krążenia tętniczego. Leczenie zastoiną przy ogniskach nieotwartych przedstawia wiele niebezpieczeństw. Zastoina nie działa bakteryobójczo, a przynajmniej nie tak silnie, jakby się tego spodziewać należało. Wessanie odbywa się przy leczeniu zastoiną zupełnie nieregularnie i niejednostajnie. Po przerwaniu leczenia opaską powstają często nawroty i powikłania. Gdy zakażenie jest ciężkie, to bez nacięć, i to odpowiednio wielkich, obejść się nie można. Ssawki działają znacznie lepiej, bo stosuje się je też przeważnie na ogniska otwarte. Przy ropieniach pochewek ścięgnistych, zapaleniu szpiku kostnego i cięż-

kich ropowicach zastoina sprawę nieraz wprost pogarsza. Ustanie bolesności myli nas co do wyboru właściwej pory na nacięcia. — W. przeprowadził leczenie zastoiną w 227 przypadkach i z przebiegu ich odniósł bardzo niekorzystne dla zastoiny wrażenie. *Klęsk.*

Schwab. **O leczeniu wąglika.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 8). Na podstawie 5 swoich przypadków poleca S. gorąco, zupełnie zachowawcze postępowanie przy leczeniu wąglika, a więc spokój, okłady, ewentualnie wstrzykiwania surowicy. — Głosy za leczeniem zachowawczem podnoszą się coraz częściej, a nawet niektórzy uważają energiczne leczenie chirurgiczne za wprost szkodliwe. *Klęsk.*

Heddaeus. **Tężec po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny; kilka uwag o stosowaniu żelatyny w krwotokach.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). H. spostrzegał wystąpienie tężca po podskórnem wstrzyknięciu 2-prc. rozczynu żelatyny sporządzonego w aptece rzekomo jałowo. Zakażenia takie są zwykle bardzo ciężkie, występują w 4—13 dni i kończą się prędko, podobnie jak i przypadek autora, śmiercią. Stosować więc można przetwory jedynie bardzo skrupulatnie wyjaławiane. Żelatyna Mercka jest wprawdzie napewno jałowa, ale zawiera w sobie właśnie wskutek wyjałowienia wiele gelatoz, t. j. wytworów rozpadowych żelatyny, które jeszcze nawet utrudniają krzepnięcie krwi. Podobno jednak Merck już usunął w swych preparatach tę wadę. Wogóle przy krwotokach działa żelatyna bardzo pewnie; lekarze stosują ją w tym celu za mało. Tak n. p. bardzo dobre wyniki uzyskuje się przy krwotokach jelitowych (stosować ją można w lewatywie), w krwawiączce, czarnej chorobie noworodków, w krwotokach płucnych, macicznych i t. p. Natomiast przy krwawieniach nerkowych żelatyna jest przeciwwskazana. Ilość użytej żelatyny (najlepiej w fizyologicznym rozczynie soli) wynosić powinna najmniej 2 gramy. Do użytku wewnętrznego lub do lewatyw używać można żelatyny zwykłej, do wstrzykiwań podskórnych jedynie 10-prc. jałowej żelatyny Mercka. *Klęsk.*

Betz. **Nowy opatrunek z kleju cynkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 8). Ponieważ sporządzanie opatrunku z kleju cynkowego jest bardzo niewygodne i nie praktyczne, przeto radzi B. napawać wprost zwykłe opaski mulowe mieszaniną jednej części żelatyny z tlenkiem cynku i 2 części gliceryny z wodą i potem je wysuszyć. W razie potrzeby wkłada się opaskę do gorącej wody i zakłada się ją potem, jak opaskę krochmalną. *K.*

Karewski. **Kiła chirurgiczna.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 5). Próba Wassermanna oddać może usługi także w chirurgii w rozpoznawaniu cierpień kiłowych, które prócz leczenia ogólnego powinny być też leczone chirurgicznie. Ważnym środkiem rozpoznawczym w chirurgicznej kile są również promienie Röntgena. *K.*

Adler. **Z pogranicza chirurgii i histeryi.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 5). Nierzadko udaje się osobie histerycznej nakłonić chirurga do operacyi. Często także po operacyi u osoby histerycznej można wskutek gorączki histerycznej przypuszczać mylnie złe gojenie się lub powikłania w ranie. W razie podejrzenia należy wtedy mierzyć osobiście ciepłotę (w kiszce stolcowej). Przypadków podobnych swoich (4) i obcych (6) przytacza A. 10. W jednym wykonano z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego operacyę »rzekomą« z wynikiem pomyślnym. *K.*

Volhard. **O sztucznem oddychaniu zapomocą wentylacyi tchawicy i o prostem urządzeniu do rytmicznego sztucznego oddechu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). W doświadczeniach na psach przekonał się V., że można zwierzęta, u których oddychanie jest zapomocą kurary zupełnie porażone, utrzymać nawet 1—2 godzin przy życiu bez wykonywania sztucznych ruchów oddechowych jedynie w ten sposób, że przez rurę, wprowadzoną do tchawicy, wpuszcza się słabym strumieniem tlen. V. sporządził dalej przyrząd, który napełnia płuca rytmicznie powietrzem lub tlenem, a następnie je opróżnia. W wielu przypadkach można zastąpić tym przyrządem wykonywanie sztucznych ruchów oddechowych, a także można używać go do operacyi w głębi klatki piersiowej. *Klęsk.*

Röder. **Przypadki późnego zejścia śmiertelnego po chloroformie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 19). Autor opisuje pięć przypadków śmierci późnej po chloroformie. W czterech z nich wycięto wyrostek robaczkowy, w jednym nerkę; wszyscy operowani byli zresztą zupełnie zdrowi; chloroformu użyto w bardzo małej ilości. Na drugi dzień po operacyi wystąpiła utrata przytomności, częściowo objawy maniakalne, tętno powoli stawało się przyspieszone i w 75—90 godzin nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcye stwierdziły, jak zwykle, zwyrodnienie tłuszczowe narządów wewnętrznych; wszelkie inne możliwe przyczyny śmierci, zwłaszcza zakażenie, można było wyłączyć. Podobnych niemiłych powikłań trudno uniknąć, należy więc raczej stosować eter lub znieczulenie lędźwiowe, niż chloroform. *Nowaczyński.*

Holzbach. **80 znieczuleń lędźwiowych bez zawodu.** (*Münch. med. Wochs*, 1908, Nr 3). W miarę wyrobienia techniki i przestrzegania pewnych jej szczegółów osiąga się przy znieczulaniu lędźwiowem coraz to pewniejsze wyniki. W klinice ginekologicznej w Tübingen po wykonaniu kilkuset znieczuleń doprowadzono też w końcu do tego, że obecnie ostatnich 80 znieczuleń ani razu nie zawiodło. Najważniejsze szczegóły techniczne, na które H. kładzie nacisk, są następujące: Płynu znieczulającego nie należy wstrzykiwać wprost ze strzykawki przez igłę, lecz między igłę, a strzykawkę należy założyć rurkę gumową, gdyż przez dopasowywanie igły i t. p. zmienia się jej położenie w kanale kręgowym, co zaraz odbija się na wyniku znieczulenia. Przetwory nadnercza przedłużają znacznie znieczulenie. Niekorzystnego ich wpływu H. nie spostrzegał, chyba że były rozłożone, co poznać łatwo po zabarwieniu. Łączenie znieczulenia lędźwiowego z zamroczeniem skopolaminowem jest bardzo niekorzystne, między innemi także i ze względu na ewentualne wymioty. Po wyciągnięciu igły należy pozostawić chorego w pozycyi siedzącej 5 minut, a potem bardzo wolno i ostrożnie położyć go i przenieść na łóżko, układając miednicę wysoko. Dawka 0,04—0,08 stowainy wystarcza do operacyi, trwających nawet godzinę. Objawy uboczne są skutkiem nietyle samego środka, używanego do znieczulania, ile raczej błędów techniki lub zanieczyszczeń płynu znieczulającego. *Klęsk.*

Hirsch. **Uśpienie skopolaminowo-morfinowe.** (*Wiener klin. Rundschau* 1907, Nr 52). O uśpieniu tem wyraża się H. bardzo nieprzychylnie. Dostatecznie działają właściwie dopiero dawki wysokie, a więc niebezpieczne. Dawki zwykłe mogą jedynie tylko pomagać uśpieniu eterowemu. H. stosował to uśpienie przy zabiegach usznych. Bardzo niepożądanym jest następowy sen, który po operacyach na głowie przyczyniać się może do powstawania zakrztuśnych zapaleń płuc. *K.*

Brenner. **Szklana bomba z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej do wlewań śródżylnych, gotowa do użytku dla praktyki.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 9). Dla lekarza praktyka podana przez B. bomba jest wielkiem udogodnieniem. Zawiera ona około 350 cm³ fizyologicznego jałowego rozczynu soli kuchennej. Na obu końcach ma wydłużone szyjki, które się odłamuje i jedną łączy z wężem, a do drugiej wkłada termometr. Przed użyciem wkłada się bombę do ogrzanej wody. Użycie proste, cena nie wielka (około 2 koron), a dogodność, zwłaszcza przy przewozie, znaczna. *Klęsk.*

Moszkowics. **Przeszczepienie tkanki gruczołu tarczowego do kości goleniowej u dziecka, dotkniętego obrzękiem śluzowatym.** (*Posiedz. Tow. lek. Wiedeń* 21. II. 1908). M. wszczepił u dziecka, cierpiącego na obrzęk śluzowaty, około 4 cm³ tkanki gruczołu tarczowego (uzyskane przy operacyi wola miąższowego innego osobnika) do szpiku kości goleniowej. Po operacyi chłopiec bardzo się ożywił: o wyniku trwałym, z powodu krótkiego czasu po operacyi, M. jeszcze nie chce przesądzać. Przeszczepienie do kości uważa M. za bardzo odpowiednie ze względu na obfite unaczynienie i na to, że przerzuty nowotworów gruczołu tarczowego usadawiają się często w kościach. W przypadku Payera (przeszczepienie do śledziony) wynik aż dotąd jest trwały. *K.*

Okulistyka.

Eperon. **Skuteczny sposób leczenia zakaźnych wrzodów rogówki.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Autorowi dostarczono z apteki przez pomyłkę zamiast 20 prc. rozczynu chlorku cynkowego, takiegoż rozczynu siarkanu cynku. Rozczynu tego użył E. do przypalenia powierzchni i postępującego brzegu uporczywego i szybko się szerzącego wrzodu rogówki. Skutek był tak nadzwyczajny, że gdy się pomyłka wyjaśniła, pozostał już E. przy siarkanie cynku i zastosował go z równie pomyślnym skutkiem w szeregu innych przypadków. Radzi on przed zastosowaniem siarkanu cynku znieczulić rogówkę kokainą, a następnie małym tamponikiem z waty, nawiniętym na koniec zgłębnika i umaczanym we wspomnianym rozczynie, pociągnąć dno i brzegi wrzodu. *K. W. Majewski.*

Weiss. **Wyłuszczenie zwoju Gassera, a porażne zapalenie rogówki** (*keratitis neuroparalytica*) **u człowieka.**

(*Ophth. Klinik* 1907, Nr 13—14). Przypadek autora zasługuje głównie z tego powodu na uwagę, ze jeszcze w 4 lata po operacyi rogówka lewego oka mimo zupełnej utraty czucia żadnym zresztą zmianom nie uległa. Spostrzeżenie to, łącznie z innemi, ogłoszonemi w piśmiennictwie okulistycznem, w których po usunięciu zwoju Gassera na rogówce żadne zmiany zapalne nie powstały, obala teoryę Magendiego o pochodzentu poraźnego zapalenia rogówki z zaburzeń w odżywieniu. Ze stanowiska mechaniczno-urazowej teoryi Snellena da się tyle tylko powiedzieć, że u człowieka odruchowe mruganie równocześnie z mruganiem oka po stronie nieoperowanej, oraz współczulne wydzielanie łez chronią dostatecznie pozbawioną czucia rogówkę przed uszkodzeniami. Podobnie tem współczulnem wydzielaniem łez u człowieka tłómaczy się, że po usunięciu zwoju Gassera rogówka nie jest narażona na wysychanie, co znów wedle teoryi Feuera ma być powodem zniszczenia rogówki w doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach. Büttner przypuszcza wygórowaną wrażliwość oka pozbawionego czucia na drobne urazy i uszkodzenia. Seydel, Berger i Löwy przypuszczają, że włókna odżywcze dla rogówki są właściwie włóknami nerwu współczulnego, które się do nerwu trójdzielnego przyłączają. Za tem zapatrywaniem przemawiają częstokroć występujące po wyłuszczeniu zwoju Gassera objawy ze strony nerwu współczulnego. Ostatecznie dochodzi W. do wniosku, że ze stanowiska okulistycznego nie należy wyłuszczenia zwoju Gassera uważać za operacyę dla oka niebezpieczną. *K. W. Majewski.*

Krailsheimer. **Choroba Mikulicza z wybitną gruźlicą tęczówki.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 15). K. opisuje ciekawy przypadek choroby Mikulicza, odnoszący się do 19-letniego pomocnika handlowego, u którego jako pierwszy objaw wystąpiło zmniejszenie wydzielania się śliny i wywołane przez to uczucie drapania i suchość w ustach i w gardle, a nawet niemożność połykania kęsów stałych bez równoczesnego popijania ich wodą. Widocznie pierwsze zmiany wystąpiły w przewodach ślinowych i wywołały ich zatkanie, lub zwężenie. Z biegiem czasu wystąpiły obrzęki wszystkich prawie ślinianek i obu gruczołów łzowych. Do tego przyłączyło się obustronne zapalenie tęczówki ze złogami włóknikowymi na błonie Descemeta. Na lewem oku zapalenie ustąpiło w ciągu dwóch tygodni bez śladu, na prawem natomiast rozwinęła się typowa gruźlica tęczówki. *K. W. Majewski.*

Jerson. **Uwagi o krwotokach naczyniówkowych po operacyi zaćmy.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 7). Krwotok wskutek urazu przypomina wielce kliniczny obraz krwotoku naczyniówkowego, jaki się zdarza w wyjątkowych razach po operacyi zaćmy, lub po innych operacyach, połączonych z otwarciem gałki ocznej. Jako jedyną różnicę podnosi T. zachowanie się samej naczyniówki. W przypadku urazowym dało się stwierdzić w naczyniówce jedno naddarcie, jako właściwe źródło krwotoku. Jest to właśnie to miejsce, które było najbardziej na siłę urazu narażone. W przypadkach krwotoku pooperacyjnego badanie mikroskopowe poucza, że naczyniówka naraz w wielu miejscach pod naporem wylewającej się krwi odrywa się, czyli, że ogniska krwotoczne powstają naraz w większej liczbie. Różnicę tę tłómaczy ta okoliczność, że krwotok taki występuje u osób ze zmianami miażdżycowemi w układzie krwionośnym. Nagłe zatem zmniejszenie ciśnienia przez pęknięcie ścian gałki ocznej wywołuje naraz pęknięcie wielu naczyń naczyniówkowych. Gwałtowny uraz spotkać może natomiast osobę z naczyniami zupełnie zdrowemi bez żadnej szczególnej skłonności do krwotoku, jasną więc jest rzeczą, że krew wylewa się wtedy tylko z miejsca bezpośrednio uszkodzonego. *K. W. Majewski.*

Dufour. **O przemijającem podwyższeniu napięcia śródocznego.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 13 i 14). D. podnosi, że objawy, zależne od chwilowego wzmożenia napięcia śródocznego, bywają często nierozpoznawane. Przekonał się, że u chorych, którzy się skarżą na ciężkość powiek, uczuwaną zwłaszcza rano po przebudzeniu się, powodem tego objawu nie jest tak często rozpoznawane suche zapalenie spojówki, lecz wśród nocy powstałe wzmożenie ucisku śródocznego, które sprawia nieznaczne powiększenie gałki ocznej i naprężenie powiek. Objawom tym towarzyszy czasem i lekkie zamglenie wzroku, które ustępuje jednak rychło, zwłaszcza gdy chory wnet po wstaniu używa ruchu na powietrzu i na słońcu. Celem zapobieżenia takiemu zwiększaniu się napięcia śródocznego podczas nocy zaleca D. zapuszczać pilokarpinę przed udaniem się na spoczynek i spać przez całą noc przy świetle lampy. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **Leczenie jaskry przewlekłej zapomocą sklerotomii połączonej z irydektomią.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Operacya, którą L. już w dawniejszych pracach swych polecił, polega na połączeniu irydektomii ze sklerotomią. L. zbija zarzuty, które go spotkały zwłaszcza ze strony Abadiego. Z 27 przypadków, operowanych metodą skombinowaną, cztery nie mogły być spostrzegane przez czas dostatecznie długi. W trzech przypadkach skutek zabiegu operacyjnego był niedostateczny. Z pozostałych 20 w 12 przypadkach bystrość wzroku po operacyi się podniosła, a w 8 pozostała niezmienioną, nie pogarszając się dalej. Zdaniem L. jedynie połączenie irydektomii ze sklerotomią pozwala wytworzyć trwałą bliznę przesączającą, bez której o wyleczeniu jaskry mowy być nie może. *K. W. Majewski.*

Ferentinos. **Rozczyn jodku rtęciowego w oleju skalnym.** (*Ophthalmologische Klinik* 1907, Nr 18). Rozczyn sporządza się w ten sposób, że rozpuszcza się 1 gram w 1000 gramach oleju skalnego, a następnie rozczyn ten rozcieńcza się trzykrotną ilością oliwy wazelinowej. Ponieważ nafta jest sama przez się środkiem przeciwgnilnym, przeto zwiększa jeszcze bakteryobójczą siłę rozczynu. F. przekonał się, że rozczyn ten nie wywołuje żadnego zadrażnienia oka i może być używany obok wszelkich innych środków, stosowanych w różnych chorobach ocznych, n. p. obok azotanu srebra, obok żółtej maści, atropiny i t. d., słowem może z korzyścią w każdym przypadku zastąpić tak często używany rozczyn kwasu borowego, którego działanie przeciwgnilne jest zgoła niewystarczające. *K. W. Majewski.*

Prof. Dołganow i Lewitska. **O działaniu tiosinaminy w niektórych chorobach oczu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 40 do 42). W 23 przypadkach 1) zaniku nerwów wzrokowych różnego stopnia bez zjawisk zapalnych (zanik samoistny i przy wiądzie rdzenia), 2) barwikowego zwyrodnienia siatkówki i 3) przymiotowego barwikowego zapalenia siatkówki i naczyniówki — wstrzykiwali autorowie pod skórę lub w mięśnie tiosinaminę codzień, albo co drugi dzień, według wzoru Juliusberga: tiosinaminy — 4,0, gliceryny 8,0, wody wyjałowionej przekroplonej 28,0—40,0 od ½ do 1½ strzykawek Pravatza. W większości przypadków jeszcze wstrzykiwano co drugi dzień i strychninę. Wnioski autorów są następujące: 1) Tiosinamina bezwarunkowo działa korzystnie przy wymienionych chorobach oczu; skutkiem jej zastosowania rozszerzają się granice pola widzenia i wzrasta ostrość centralnego widzenia. 2) Rozszerzenie granic pola widzenia następuje nawet w tych przypadkach, w których tiosinamina nie wywarła żadnego wpływu na centralne widzenie; w ogromnej większości przypadków oba te zjawiska idą równolegle. 3) Widzenie polepsza się różnie, co zależy od postaci sprawy chorobowej, jej dawności, stopnia i innych, jeszcze niewyjaśnionych przyczyn i warunków. 4) Po ukończeniu stosowania tiosinaminy zjawiska, wywołane przez nią, utrzymują się jeszcze w ciągu 2—3 miesięcy. 5) Żadnego szkodliwego działania, ani ogólnego, ani miejscowego tiosinamina nie wywiera. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol, wyrabiany przez firmę Horowitza w Berlinie, w ostatnich czasach jako lek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobolowy stosunkowo dużo używany, miał być według podania fabrykanta połączeniem wysoce złożonem, w którego skład wchodzić miały grupy kwasu bedźwinowego, salicylowego i tymolu. Wzór jednak, podawany przez fabrykanta, jest teoretycznie niedopuszczalny, a badanie dowiodło, że przetwór ten jest mieszaniną równych części salicylanu i bedźwinianu sodowego, zaprawioną tymolem w ilości około 0·2% (Zernik w *Deutsche med. Wochs.* 1908. str. 285). *L.*

Ważne ulepszenie ssawek podał Springmann. Jak wiadomo, celem stworzenia próżni w ssawce, leżącej już na ranie, trzeba ją na nowo odjąć, by ucisnąć balonik i wypchać powietrze. Otóż Springmann opatrzył balonik wentylem, którym powietrze ucieka na zewnątrz przy ucisku balonika, przez co ssawkę można spokojnie pozostawić na miejscu. *K.*

Nowe opaski wprowadzono w handel. Sporządzone są one z materyału o bardzo szerokich oczkach, a mimo to silne. Opaski te przylegają dobrze do ciała, a z powodu szerokich oczek ułatwiają transpiracyę skóry. (Opaski te wyrabia dotąd Kermes w Hainichen). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 4. marca 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 53.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Morawski przedstawia przypadek zboczenia rozwojowego u płodu 9-miesięcznego, t. zw. **thoracogastroschisis partialis cum fissura sterni, ectopia cordis et hepatis.** Prelegent zwraca uwagę na powstanie tej wady w związku z nadmiernym potokiem (*hydramnion*), dalej na rzadkość tego rodzaju wad, powstałych przez nierozwinięcie się łuków żebrowych.

3) Kol. Schlank przedstawił preparat **macicy włókniakowo zmienionej** z częściową martwicą zwłaszcza części włókniaka międzyblaszkowego. Przypadek ten ciekawy był ze względu na trudność rozstrzygnięcia przed operacyą, czy nowotwór jest złośliwy, czy łagodny.

4) Kol. Prof. Piltz wypowiedział odczyt: **Przyczynek do badania czucia i odruchów źrenicznych w chorobach nerwowych** (z demonstracyą chorych). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zapytuje prelegenta kol. prezes Borzęcki, jak tłómaczyć przypadki zaburzeń w czuciu, nie trzymających się żadnych obszarów czyto nerwów obwodowych, czy też pasów skóry, odpowiadających rozmieszczeniu korzeni, podobnie jak to się dzieje przy wiądzie. — Po wyczerpującej odpowiedzi prelegenta zapytuje kol. Prof. Wicherkiewicz, czy prelegent nie ma doświadczenia co do zmian w czuciu przy znieczuleniach rdzeniowych sposobem Biera. — Prelegent odpowiada, że w tym kierunku spostrzeżeń nie robił. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. posiedzenie naukowe dnia 13 marca 1908.

I. Dr Litwinowicz O. przedstawia przypadek **zupełnej niedrożności nozdrzy tylnych.** W przedniej części nosa obustronny zanik bł. śluzowej, zanik środkowych i do pewnego stopnia tylnych muszli. Przy rynoskopii przedniej widać zamiast zwykłego obrazu nozdrzy tylnych bliznowato pościąganą błonę śluzową z małem ciemnem zagłębieniem po stronie lewej tuż ponad podniebieniem. Zgłębnik, wprowadzony do otworu owalnego w błonie zamykającej, wychodzi przez wspomniane zagłębienie do jamy nosowogardłowej. Na lustrze Glaticha brak plamy po stronie prawej. Trudność wymawiania spółgłosek nosowych, węch zachowany. Przyczyna owej niedrożności nabytej niejasna.

II. Prof. Gluziński wygłasza: **Kilka uwag klinicznych o znaczeniu wydzielania się chlorków.** Prelegent zwraca uwagę na nowe spostrzeżenia co do wydzielania się chlorków przy ostrych i przewlekłych zapaleniach nerek. 1) Wśród przebiegu miażdżycy nerek i ich zapalenia przewlekłego wydarzają się okresy zatrzymania wydzielania chlorków, połączone z ciężkiem schorzeniem ogólnem, wymiotami, zawierającemi znaczniejszą ilość HCl, pragnieniem, przyczem niema drgawek, bólu głowy, świadomość utrzymana. Okres taki może minąć lub przechodzić w schorzenie coraz cięższe, utratę przytomnoścl bez drgawek, śmierć. Stan ten nazywa prelegent **araemia achlorica.** 2) Kilka dni przed zwykłemi cechami klinicznemi zapalenia nerek mogą wystąpić uczucie ogólnego schorzenia, wymioty, ślad obrzęków n. p. na twarzy, zmniejszenie ilości i zmętnienie moczu, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka krwi przy wstrzymaniu wydzielania chlorków, ale bez białka; po tym okresie występują typowe objawy ostrego zapalenia nerek. Ten wstępny okres nazywa prelegent: **stadium achloricum sine albumine** ostrego zapalenia nerek. 3) Szczególnie w płonicy badanie systematyczne chlorków miałoby cel teoretyczny, t. j. stwierdzanie powyższego okresu wstępnego, powtóre praktyczny, t. j. wcześniejsze rozpoznawanie zapalenia nerek, nim jeszcze pojawi się białko. 4) Prelegentowi nasuwa się myśl, czy temu wstępnemu okresowi nie odpowiada zmiana, równająca się ostremu zwyrodnieniu nerek. 5) Nad udziałem zmienionej nerki w zatrzymywaniu chlorków nie można przejść spokojnie do porządku dziennego.

Dyskusya: Dr Ziembicki W. omawia zauważony przez siebie przypadek, w którym również nie było chlorków, było natomiast białko i inne składniki, przemawiające za zapaleniem nerek. Po 2—3 tygodniach chlorki powróciły do stanu prawidłowego, a inne nieprawidłowe składniki znikły. — Dr Silberstein zwraca uwagę na teorye, które zatrzymywanie chlorków odnoszą do zwiększonego napięcia tkankowego. — Doc. Marischler, przypominając, że zatrzymanie chlorków pozostaje niewątpliwie w związku z zatrzymaniem wody w tkankach, dodaje, że możliwe jest, iż odgrywają w niem także pewną rolę ciała trujące, drogą nerek nie wydzielane. — Prym. Pisek przypomina sobie dwa przypadki, w których badanie moczu i inne objawy wskazywały na ostre zapalenie nerek, a białka wykryć nie było można. — Dr Stachiewicz zauważył w przypadku róży zmniejszanie się chlorków przy jej rozszerzaniu się — i odwrotnie. — Dr Reichenstein dodaje kilka uwag klinicznych o przypadkach, wspomnianych przez Dra Piseka

III. Dr Nowicki okazuje preparaty **torbielkowatości nerek.** Przedstawia je z powodu niezwykłych rozmiarów, do jakich nerki takie dojść mogą. Ciężar ich 4000 gr., wymiar podłużny 42 ctm. Za życia rozpoznawano zapalenie nerek przewlekłe. Omawia teorye powstawania tej zmiany. W przedstawionym przypadku być może, że torbielkowatość jest pochodzenia wrodzonego, znaleziono bowiem w tym przypadku i inne wady rozwojowe, jak wybitne rozszczepienie na dwa koniuszka serca, (każda komora miała swój własny), dalej zachowany, częściowo drożny przewód Botalla. *Witold Nowicki.*

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich dnia 12. III. 1908. w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

1) Kol. Herman przedstawia chorych z oddziału chirurgicznego, a między innymi następujące przypadki: *a)* Chorą H. H. l. 26, która w **zamiarze samobójczym** połknęła d. 8 b. m. **cztery pastylki sublimatu.** Prócz zwykłego w takich razach zapalenia błony śluzowej jamy ust i gwałtownego zapalenia żołądka i jelit z krwawymi wymiotami, wystąpił u chorej również zwyczajny **bezmocz.** Gdy leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, a przez trzy doby chora nie oddała ani kropli moczu, zaproponowano chorej **obłuszczenie** (*decapsulatio*) **nerek**, na które zgodziła się. Operowano w znieczuleniu eterowem, gdyż znieczulenie rdzeniowe stowainą zawiodło. Już na stole operacyjnym trzeba było rokować niepomyślnie. Obie bowiem nerki były wielkie, blado-żółtawe i kruche. Chora zabieg operacyjny zniosła doskonale, lecz mimo to bezmocz całkowity trwał bez zmiany. Chora ta umarła w dwie doby po operacyi i nawet cewnikiem nie znaleziono w pęcherzu ani kropli moczu. *b)* Chorego, lat 77 liczącego, który zgłosił się do szpitala z objawami **całkowitego przewlekłego zatrzymania moczu.** Stercz duży. Systematyczne cewnikowanie miało ten jedynie skutek, że istniejący już nieżyt pęcherza zaostrzył się i chory począł wysoko gorączkować. Gdy po odpowiedniem leczeniu gorączka opadła i stan ogólny nieco się poprawił, zaproponowano choremu cystostomię nadłonową, na którą się zgodził. Operowano w znieczuleniu rdzeniowem stowainą. Po otwarciu pęcherza okazało się, że gruczoł krokowy niezwykle wstercza do jego światła. Zmieniono przeto plan operacyi i wykonano **operacyę Freyera**, t. j. wyłuszczenie sterczu w całości przez pęcherz. Przebieg operacyi gładki. Pęcherz osączkowano cewnikiem przez cewkę moczową, a grubym sączkiem przez ranę po cięciu nadłonowem. Wewnętrznie podawano *acidum camphoricum* 3 razy dziennie po 1 gr. Całą operacyę zniósł chory nadspodziewanie dobrze. Dziesiątego dnia po operacyi wyjęto sączek górny, dwunastego także i cewnik. Chory wstaje i chodzi. Mocz na razie wycieka przez przetokę nadłonową. *c)* Troje chorych w wieku od 12 do 19 lat z zakaźnem **ostrem zapaleniem szpiku** kości piszczelowej, względnie udowej. We wszystkich przypadkach natychmiast nacięto ropień podokostny i wytrepanowano szeroko kość, jak daleko sięgały zmiany w szpiku. Mimo to przebieg bardzo ciężki, septyczny. *d)* Chłopaka kilkoletniego, **pchniętego nożem w okolicę brzucha.** Rana, przebiegająca prostopadle, na parę centymetrów długa, leżała jakoby w VIII międzyżebrzu w linii sutkowej prawej, a z rany wypadała tkanka, makroskopowo bardzo do płuc podobna. Po rozszerzeniu rany okazało się, że wypadła i uwięzła w ranie sieć. Nóż, przebiwszy części miękkie, obsunął się po żebrach i przebił powłoki brzuszne poniżej łuku żebrowego. Sieć podwiązano i kikut zapuszczono do jamy brzusznej. *e)* Chorych, leczonych z powodu **wrzodów goleni** jedynie **okładami z płynu Burowa**, często zmienianymi. Wrzody oczyszczają się bardzo szybko i stosunkowo szybko goją się. *f)* Dwóch

chorych, u których wykonano operacyę doszczętną z powodu **ropnego zapalenia ucha środkowego, powikłanego zajęciem wyrostka sutkowego.** Jamę w kości, powstałą skutkiem wydłutowania, goi się wedle zasad, podanych przez T. Zalewskiego.

2) Kol. Ehrlich (w zastępstwie kol. Dolińskiego) przedstawia chorą, u której przed kilkoma dniami wykonano **cięcie cesarskie.**

3) Kol. Lenartowicz przedstawia chorego l. C. 55 lat., który przyjęty został do szpitala z przyczyny częstego oddawania moczu. Stan ten trwa od kilku tygodni, a cierpienie rozpoczęło się nagle wśród bólów w krzyżach. U chorego stwierdzono przewlekłe zatrzymanie moczu z powodu przerostu sterczu. Cewnik nr 20 wchodzi do pęcherza łatwo, z pęcherza wylewa się przeszło litr moczu. W kilka dni po przyjęciu chorego wypłukano z pęcherza strzęp tkanki, długości 15 cm, a w średnicy mierzący zaledwie parę milimetrów. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że twór ten składa się wyłącznie z włóknika i jednojądrzastych ciałek białych. Badaniem cystoskopowem stwierdzono klasyczny obraz pęcherza beleczkowanego. Przerosłe beleczki mięsne tak wybitnie sterczą do pęcherza, że widzi się właściwie same tylko uchyłki. Odszukanie ujść moczowodów sprawia przeto niemałe trudności. Mimo to zauważa się, że okolica prawego moczowodu jest bardzo zmieniona, ujście moczowodu kraterowato rozszerzone, a z krateru tego sterczą do pęcherza strzępy tkanki białej, połyskującej. W przypadku tym z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać można **urethe-ritis membranacea**, oczywiście nie pierwotną, lecz jako sprawę, towarzyszącą istniejącemu już nieżytowi pęcherza. Dalszy przebieg rozstrzygnie, czy to tymczasowe rozpoznanie jest prawdziwe. Rozpoznanie ustaliłoby się, gdyby w cystoskopie udało się uchwycić chwilę wydzielenia się odlewu włóknikowego z moczowodu.

4) Kol. Herman wypowiedział: **Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzniętych** z powodu przypadku ryczałtowego odprowadzenia przepukliny uwięźniętej, uzasadniając zdanie, że o ile nie znajdzie się przeciwwskazań dla odprowadzenia wogóle, należy odprowadzenia próbować jedynie tam, gdzie w odpowiednich warunkach odmówilibyśmy wykonania doszczętnej operacyi przepukliny wolnej. Wykład kończy prelegent opisem przypadku herniolaparotomii, wykonanej z powodu odprowadzenia »en bloc« uwięźniętej przepukliny pachwinowej.

Sekretarz: *Dr Süsswein.* Przewodniczący: *Dr Kramarzyński.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. Listopada 1907 r.

1) Skłodowski przedstawia chorą **z tętniakiem tętniczo-żylnym naczyń podobojczykowych i porażeniem częściowem splotu ramieniowego.** Przed pół rokiem postrzał z rewolweru w górną część lewego brzegu mostka. Kula uwięzła w częściach miękkich u zewnętrznego brzegu łopatki lewej, nieco poniżej grzebienia, skąd wydobyto ją z łatwością. Natychmiast po wypadku utrata władzy w kończynie górnej; pozostały tylko nieznaczne ruchy w palcach. Niedługo potem wystąpiły bole w tejże kończynie, które znikły dopiero niedawno, wkrótce też pojawił się obrzęk, który od pewnego czasu stopniowo się zmniejsza. Obecnie w okolicy podobojczykowej lewej, pod pachą, w górnej połowie ramienia, w części też nad obojczykiem i nad grzebieniem łopatki widać obrzmienie rozlane; żyły w tych miejscach mocno są rozszerzone i wypełnione; zabarwienie skóry zlekka sinawe. Poniżej kończyna górna przedstawia cechy zwykłego obrzęku, dość wysokiego stopnia. W zewnętrznej części okolicy podobojczykowej stępienie, sięgające do 2. żebra. Na tejże przestrzeni wyczuwa się za dotknięciem drżenie bardzo wyraźne (fremissement vibratoire, thrill), uchem zaś słyszymy szmer przeciągły, skurczowo się nasilający, bardzo głośny, do wycia wichru podobny. Guza, ani wyraźnego tętnienia nigdzie nie widać, rentgenografia żadnego cienia nie wykrywa. Tętno promieniowe lewe znacznie słabsze od prawego. Badanie układu nerwowego stwierdza upośledzenie władzy we wszystkich mięśniach, unerwianych przez splot ramieniowy lewy, przyczem najbardziej porażone są mięśnie, unerwiane przez nerw promieniowy, najmniej zaś te, które otrzymują gałązki od n. mięśniowo-skórnego (*biceps*, *brachialis int.*, *coracobrachialis*). Podobnie zachowuje się i czucie, które upośledzone jest najbardziej w obrębie rozgałęzień nerwu promieniowego, nieco mniej w obrębie n. łokciowego, a najmniej w obrębie n. pośrodkowego.

2) Zygmunt Endelman przedstawia: *a*) Kobietę, u której przed kilku miesiącami wykonał podczas porodu **pubiotomię** z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Operacya była wykonana podług sposobu Döderleina, nieco zmodyfikowanego przez Kannegiessera. Miednicę przepiłował po stronie prawej w ciągu kilkudziesięciu sekund. Kości rozeszły się na szerokość 5 palców. Wtedy nałożył kleszcze i wydobył 7½-funtowy płód w stanie pozornej śmierci, z której wkrótce został ocucony. Chorą ułożył pomiędzy dwoma workami z piaskiem, nie nakładając żadnego uciskającego bandaża na miednicę. *b*) Drugi przypadek dotyczył 24-letniej kobiety, u której dokonał **cięcia cesarskiego** sposobem Fritscha.

3) Otto wypowiedział rzecz p. t. **Odruch świetlny źrenic przy kile.** Prelegent podczas pięcioletniej praktyki w Busku stwierdził u 100 syfilityków na tysiąc patologiczny odruch źrenic na światło. Wszystkie spostrzegane tu przypadki prelegent dzieli na dwa działy: I. z przymiotem nabytym i II. z przymiotem wrodzonym. W I. dziale zauważono u jednych chorych dwustronną nieruchomość źrenic na światło, u innych jednostronną, lub tylko leniwy odruch obu źrenic. W dziale drugim spostrzegano jedynie dwustronną nieruchomość źrenic przy równoczesnem ich rozszerzeniu. Wśród chorych pierwszej kategoryi spotykano dwustronne zwężenie, rozszerzenie i nierówność źrenic. Leniwy odruch zauważano na źrenicach normalnej wielkości. Wszyscy chorzy, o których mowa, przeprowadzali bardzo niedostateczną kuracyę po zarażeniu się.

Nieruchomość źrenic występowała średnio po latach 6—10. Po zastosowaniu kuracyi rtęciowej prelegent nie widział poprawy u chorych z dwu- lub też jednostronnym objawem Argyll-Robertsona, u chorych z leniwym odruchem źrenic natomiast spostrzegał w ½ przypadków powrót do stanu prawidłowego. W rezultacie uważa prelegent brak odruchu źrenic na światło lub też leniwe ich w tym kierunku oddziaływanie za pewnik, iż dany osobnik przechodził przymiot, o ile wyłączyć się u niego uda następujące cierpienia: histeryę, neurastenię, padaczkę i miejscowe cierpienie oka.

W dyskusyi zaznacza Stanisław Kopczyński, że: 1) Mówca niesłusznie wyłącza wiąd rdzenia u swych chorych, pomimo, iż stwierdził jedynie objawy ze strony źrenic: wiadomo bowiem, iż objawy oczne, zwłaszcza zwrotna nieruchomość źrenic na światło, latami wyprzedzają inne objawy wiądu rdzenia; 2) Mówca nie podnosi, iż cechą znamienną wszelkich objawów kiły układu nerwowego, a więc i objawów ze strony źrenic jest ich chwiejność i zmienność, co w wiądzie spotyka się o wiele rzadziej. 3) Daleko częściej spotykamy typowy objaw Argyll-Robertsona w wiądzie rdzenia, aniżeli w kile mózgu. 4) Nieruchomość źrenic w histeryi jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, w neurastenii jej nikt nie spostrzegał. 5) Podkład anatomiczny zwrotnej nieruchomości źrenic jest do tej pory niewyjaśniony.

Trzciński zaznacza, że bardzo często u swych chorych widuje zniesienie odruchu świetlnego źrenic. Objaw ten jest dla niego zawsze dowodem wiądu rdzenia, który na bardzo długie lata przed swym całkowitym rozwojem o istnieniu swych zaczątków w ten sposób znać daje. Jest to więc objaw cierpienia nie syfilitycznego, lecz parasyfilitycznego.

Dunin podnosi, że u wszystkich swych chorych bada odruch źrenic i u 10 prc. syfilityków bez objawów syfilitycznych znalazł nieruchomość źrenic. Objaw ten zawsze dowodzi przebytego przymiotu, zdarzyć się bowiem może jedynie tylko jeszcze przy ropniu mózgu, lecz bardzo rzadko, i to w końcowym okresie. Mówca nie zgadza się z Trzcińskim, aby nieruchomość źrenic dowodziła zawsze obecności wiądu rdzenia; zna on dużo takich chorych, którzy przy nieruchomości źrenic nie mieli wcale objawów wiądu, lecz jedynie objawy przymiotu mózgu.

W. Janowski uważa za objaw znamienny dla przymiotu układu nerwowego, bardziej charakterystyczny od nieruchomości źrenic, ich zniekształtnienie. Może ono dotyczyć obydwu oczów lub jednego z nich: może być bardzo wyraźne, tak że zwraca na siebie odrazu uwagę bez specyalnego jego szukania. Najczęściej zdarzają się wydłużenia jednej ze źrenic ku wewnątrz i ku dołowi, ostre ścięcie pionowe zewnętrznych brzegów źrenicy; do rzadszych zniekształtnień źrenicy J. zalicza wydłużenie ich poprzecznej średnicy, tak że źrenice sprawiają wrażenie kocich.

Ig. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. Listopada 1907 r.

1) Karwacki L. okazał **preparat śledziony osobnika zmarłego na gorączkę powrotną.** Kawałki tkanek zostały posrebrzone według pierwszej metody Levaditiego. Preparat, służący do demonstracyi, został częściowo odsrebrzony podług

Versego. Pierwszy srebrzył krętki Obermeiera Bertorelli z Turynu. Jak dotąd, z małymi wyjątkami, metodę impregnowania krętków solami srebra stosowano prawie wyłącznie do krętków Schaudinnowskich. Co się tyczy krętka gorączki powrotnej, to poza hodowlami jest to jedyny sposób dla zapoznania się z jego morfologią w tkance. Krętek Obermeiera w tkance nie odznacza się wcale stałością form i obok postaci takich, jakie spotykamy we krwi, spotyka się twory nitkowate różnej długości i grubości, formy przecinkowate, laseczki, twory ziarnowate, dalej grube laseczki podwójnie konturowane, z końcami zaokrąglonymi, wygięte. Układ krętków jest stale pozakomórkowy. W naczyniach krętków nie znaleziono.

2) Bregman przedstawia przypadek **wieloogniskowego stwardnienia** (*sclerosis multiplex*) z niezwykłymi objawami ze strony gardła i krtani. Badanie gardła stwierdziło w początku opuszczenie łuków, słabe poruszanie się ich przy fonacyi, brak odruchów podniebienia. Badanie krtani stwierdziło niedowład strun, słabe rozszerzanie się głośni przy wdychaniu. W ostatnim czasie prawa strona krtani przy wdechu i fonacyi nie porusza się prawie wcale, lewa przy fonacyi idzie nawet poza linię środkową, przy wdechu porusza się słabo na zewnątrz. Głośnia skutkiem tego rozszerza się przy wdechu b. mało. Oprócz tego zauważono w ostatnich dniach objawy następujące. Oba łuki podniebienne i tylna ściana gardła porusza się wahadłowo z jednej strony na drugą w kierunku bocznym; łuki podniebienne zaś wykonują również wahania boczne, równocześnie słaby ruch żaglowy od przodu do tyłu. Przytem kierunek ruchu tylnej ściany jest odwrotny do ruchu łuku, tak że otrzymuje się wrażenie, iż ten sam skurcz przechodzi kolejno z tylnej ściany na podniebienie. Podobnym drganiom ulegają też struny głosowe, więzadła boczne krtani: tu również drgania są większe po stronie prawej. Objaw ten jest w związku ze znaną tendencyą do drgań w obrazie stwardnienia wieloogniskowego i przedstawia tylko niezwykłe umiejscowienie tego objawu.

3) Bregman przedstawia przypadek **zapalenia przednich rogów rdzenia** (*poliomyelitis anterior*) u dziecka 4-tygodniowego na tle wrodzonego przymiotu.

4) Rzętkowski odczytał rzecz p. t. **O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia chorób wewnętrznych drogą operacyjną,** w której rozpatrzył sprawę przeciwwskazań, wypływających ze stanu ogólnego chorych, ze stanu krwi, ze stanu niektórych narządów (płuca, serce i t. p.), oraz ze względu na współistniejącą cukrzycę, ciążę, możliwość psychoz operacyjnych.

5) Kryński mówił: **W sprawie wskazań operacyjnych w chorobach wewnętrznych.** Zdaniem mówcy, prawie niema narządu i spraw chorobowych w ustroju naszym, gdzieby wskazania operacyjne nie znajdowały zastosowania, i to z pomyślnym częstokroć wynikiem. Do nich zaliczyć należy: Mózg: Nowotwory i ropnie, wodogłowie, krwotoki, padaczka, zator zatok mózgowych, zapalenie opon. Rdzeń kręgowy: Urazy rdzenia, nowotwory, zapalenie istoty rdzeniowej i opon. Nerwy: Nerwobole, choroba Basedowa. Płuca: Wszelkie wysięki opłucnej, odma piersiowa, zgorzel płuc, ropień, promienica, bąblowiec, gruźlica i rozedma płuc. Serce: Zapalenie osierdzia wysiękowe i zlepne (*cardiolysis*). Wątroba: Kamienie (ze wszystkiemi powikłaniami), nowotwory, ropnie, marskość zanikowa, nadmierna ruchomość wątroby. Śledziona: Nowotwory i przerost przewlekły, śledziona wędrująca, choroba Bantiego. Trzustka: Torbiele, kamienie, nowotwory. Nerki: Wodonercze, roponercze, kamienie, nowotwory, torbiele, zapalenie, nerka ruchoma, gruźlica nerki. — Wreszcie stany takie, jak blednica, białaczka rzekoma i inne. — Z pomiędzy wymienionych omawia Kryński sprawę wskazań operacyjnych w przypadkach rozedmy płuc, gruźlicy szczytów płuc, wreszcie zrostów osierdzia i działania na nie leczniczego drogą operacyi na żebrach i ich chrząstkach.

Dr Ign. L.

† Profesor Jan Mierzejewski.

Śmierć zabrała w ubiegłym tygodniu w 70-tym roku życia jednego z największych psychiatrów światowej sławy, pierwszorzędnego uczonego, znakomitego profesora, akademika (członka akademii) Jana Lucyana Mierzejewskiego. Trzeba było posiadać niezwykły hart duszy, ogromną pracowitość, olbrzymie zdolności, żeby przy trudnych dla Polaków warunkach w Rosyi zdobyć sobie zaszczytną nazwę: »Ojca psychiatryi rosyjskiej«.

Ś. p. Mierzejewski wciąż tęsknił za Polską, wybierał się ciągle osiąść na drogiej mu ziemi rodzinnej, cierpiał, że nie jest wśród swoich, cierpiał, jak wielu Polaków, którzy, oderwani od Ojczyzny, pracują wśród obcych, dając dobitne dowody, że w szeregu narodów, zdobywających dla całej ludzkości wiedzę i cywilizacyę, Polacy pracują pomiędzy pierwszymi.

Mierzejewski miał szeroką sławę wśród europejskich uczonych, z wieloma z nich łączyły go stosunki blizkiej zażyłości. W Rosyi głęboką swą wiedzą, wszechstronnem wykształceniem i wielkim talentem wybił się szybko na czoło i w młodym jeszcze wieku powołany został na wysokie stanowisko profesora psychiatryi w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, w której nazwisko jego jaśniało blaskiem gwiazdy pierwszej wielkości, narówni z nazwiskami Baera, Balińskiego, Mianowskiego, Pirogowa, Grubera.

Mierzejewski stworzył szkołę praktycznej i teoretycznej psychiatryi, szkołę, z której wyszli uczniowie, cieszący się pierwszorzędną sławą naukową, jak Daniłło, Erlicki, Bechterew, Sikorski, Popow, Szczerbak i wielu innych. Dzięki ogromnej energii prof. Mierzejewskiego i wysokiemu uznaniu, jakie zdobył sobie wśród członków Akademii, stanęła wspaniała klinika dla chorób umysłowych przy Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu. Wspaniały ten gmach, przez długie lata niedościgniony wzór dla instytucyi tego rodzaju, był do najdrobniejszych szczegółów dziełem prof. Mierzejewskiego. Wszystkie urządzenia tej kliniki były głęboko obmyślane, wszystko przeszło przez krytykę wiedzy prof. Mierzejewskiego i dlatego wszystko było w tej klinice doskonałe. Klinika prof. Mierzejewskiego była przybytkiem nauki, miejscem głębokich i ciekawych dociekań z dziedziny psychiatryi i neuropatologii. Przy klinice stworzył prof. Mierzejewski pracownię, w której były prowadzone prace fizyologiczne, mikroskopowe i chemiczne. To też nauka zawdzięcza pracowni prof. Mierzejewskiego cały szereg badań niezwykłej doniosłości z zakresu chorób nerwowych i umysłowych. Z tej pracowni wyszły doskonałe prace nad wymianą materyi u chorych umysłowych, prace doświadczalne z zakresu zatruć ustroju, n. p. arszenikiem (Daniłło), badania histopatologiczne mózgu przy rozmaitych chorobach umysłowych. Sam prof. Mierzejewski z ogromnem zamiłowaniem zajmował się mikrocefalią, patologiczną anatomią idyotyzmu i porażenia postępującego. Obok prac naukowych wiele czasu poświęcał zagadnieniom społecznym takim, jak alkoholizm i niektórzy z jego uczniów, n. p. Daniłło, w kierunku zwalczania alkoholizmu rozwijali szeroką i skuteczną działalność. W r. 1893 ustąpił prof. Mierzejewski z katedry, nie ustając jednak pracować dalej na polu umiłowanej nauki.

Prof. Mierzejewski był inicyatorem rosyjskich Zjazdów psychiatrycznych, posiadających ogromne naukowe i kulturalne znaczenie. Pierwszy Zjazd, którego był prezesem, odbył się w roku 1886 i od tego czasu, zdobywając coraz to większe znaczenie, Zjazdy te odbywają się stale. Założył pismo: »Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoj psychjatrji i neuropatologji«, którego do samej śmierci był redaktorem, a w którem skupiały się najlepsze prace z zakresu psychiatryi i neuropatologii. Był założycielem i długoletnim prezesem Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu. Należał do pierwszych członków »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu, w którem wygłaszał przed paru laty wykłady. Jego ogromna wiedza i niezwykła uprzejmość przyciągała bardzo wielu lekarzy, którzy z całej Rosyi garnęli się po naukę do wielkiego mistrza. Wykładał z ogromnym zapałem, porywająco, w znakomitej, zawsze doskonale opracowanej formie. Odznaczał się niezwykłą przystępnością; zawsze spieszył z pomocą młodszym kolegom, nietylko moralnie, ale i materyalnie. Jako lekarz cieszył się niezwykłą sławą i był jednym z najwyżej cenionych praktyków w Rosyi. Z osobą Mierzejewskiego schodzi do grobu jeden z najsławniejszych w plejadzie sławnych przedstawicieli nauki w Rosyi, z czasów epokowego przełomu w stosunkach społecznych w szóstem dziesięcioleciu ubiegłego wieku. W osobie Mierzejewskiego tracimy prawdziwego tytana nauki.

Cześć ci wielki, niedościgniony Mistrzu!

Ś. p. Jan Lucyan Mierzejewski urodził się 19 Lutego 1839 w Krakowskiem. Gimnazyum ukończył w Lublinie w r. 1856. W tymże roku wstąpił do Akademii Medyko-chirurgicznej w Petersburgu i ukończył ją w r. 1861. Na podstawie rozprawy konkursowej otrzymał miejsce przy Akademii dla dalszego kształcenia się w naukach, głównie w psychologii i neurologii pod kierunkiem Prof. J. Balińskiego. W 1864 r. po obronie rozprawy: »Kliniczeskija izsliedowanija nieistowych bolnych (vesanici)« otrzymał stopień doktora medycyny. W celach naukowych dwa razy udawał się za granicę. Pierwszy raz wyjechał w r. 1872, zwiedzając

kliniki i pracownie Westphala i Virchowa w Berlinie, Henlego i Merkla w Getyndze, a najdłużej zatrzymał się w Paryżu, pracując pod kierunkiem Charcota i Duchenne de Boulogne. W tymże czasie zwiedził zakłady dla obłąkanych w Kopenhadze i Hamburgu. Drugi raz udał się za granicę w r. 1874, pracując u Meynerta i Leidesdorfa w Wiedniu, u Kühnego i Arnolda w Heidelbergu, u Guddena w Monachium, u Charcota, Duchenne de Boulogne, Vulpiana i Claude Bernarda w Paryżu. Od r. 1876 po ustąpieniu Prof. Balińskiego wykładał psychiatryę, jako docent etatowy, a w r. 1877 został powołany przez Akademię na katedrę psychiatryi i neuropatologii. Przez długi szereg lat był członkiem Głównej Rady lekarskiej w Petersburgu, członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych w Rosyi i zagranicą.

Drukiem ogłosił cały szereg prac w językach polskim, rosyjskim, niemieckim, francuskim i angielskim. Ważniejsze prace ogłaszał z polskich pism: w »Przeglądzie lekarskim«, »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego«.

Wymieniamy tu główniejsze: 1) Badanie kliniczne chorych maniakalnych. Gazeta lek. 1865; tożsamo po rosyjsku, jako rozprawa doktorska. 2) O afazyi. Archiv. sudiebn. mediciny. 3) Postrzeżenia kliniczne nad zmianą materyi przy manii. Tamże. 4) Melancholia attonita. Med. wiestnik. 5) O fizyologicznem działaniu wodanu chloralowego. Tamże. 6) De microcephalia. Archiv. f. Ethnologie 1872; tożsamo po rosyjsku w Archiv. sud. med. 7) Die Ventrikel des Gehirns. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1872. 8) Les lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale. Arch. de phys. 1873. 9) Etudes sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale. Tamże. 1875. 10) Über das Hirn eines Microcephalen. Arch. für Psych. 1874. 11) Notes sur le cerveau d'idiots etc. Revue d'anthrop. 1876; tożsamo po polsku, Medycyna 1877. 12) Considérations anatomiques sur le cerveau d'idiots. Międzynar. Zjazd w Genewie 1877. 13) Recherches anatomo-patologiques sur d'idiotie. Zjazd psych. w Paryżu 1878. 14) O stosunku szypułki mózgowej do jej czepca w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych. Przegląd lek. 1882. 15) Researches in idiocy. Journ. of. ment. sc. 1879. 16) Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Arch. de neur. 1881. 17) Przypadek sclerosis lateralis amyotrophicae. Pam. Tow. lek. Warsz. 1883. 18) Odnostoronniaja progressiwnaja atrofja lica. 19) Ze simptomatologji parażeny Waroljewa mosta. 20) K waprosu o hipnoticzeskom snie. 21) Słuczaj kretinoidnawo sostojania, razwiwszawosia na 17-m. godu żizni. 22) Przyczynek do nauki o alkoholizmie. Przegląd. lek. 1884; tożsamo po rosyjsku. 23) Contribution à l'étude des halucinations alcooliques. Archives slaves de biol. 1886. 24) O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych. Przegląd lek. 1887. 25) K waprosu o patołogiczeskoj anatomii idjotizma. Moskwa. 1901. 26) K waprosu o urawstwiennom pomieszatielstwie 1893.

Prof. Dr L. Popielski *Prof. Dr J. Piltz.*

† Emil Merczyński.

Urodzony w r. 1845 w Marszowicach w powiecie Bocheńskim, ukończywszy szkoły średnie i wydział lekarski w Krakowie, uzyskał ś. p. Merczyński dyplom doktorski w r. 1871. Od tego czasu, z małą przerwą w r. 1876, w którym odbył podróż do Włoch i Egiptu, pracował ś. p. Merczyński — zrazu przez 5 lat jako sekundaryusz szpitala powszechnego, potem jako dyrektor i prymaryusz szpitala dla dzieci im. św. Zofii, — przez lat trzydzieści we Lwowie i dla Lwowa, z którym zżył się i związał serdecznymi węzłami i dla którego niemałe położył zasługi.

Za jego głównie staraniem powstał bowiem z ofiar grona dobroczyńców lwowski szpital dla dzieci, pierwszy w Galicyi wschodniej. Również uczestniczył ś. p. Merczyński w założeniu kolonii leczniczych dla dzieci w Rymanowie i w Iwoniczu, lwowskiego domu podrzutków im. Dzieciątka Jezus i pracował gorliwie we wszelkich instytucyach, zajmujących się zdrowiem i ochroną dziatwy. W pierwszych latach istnienia Wydziału lekarskiego lwowskiego wykładał jako zastępca profesora naukę o chorobach dzieci. Ale działalność jego dydaktyczna rozpoczęła się na szereg lat przedtem i wydała piękne owoce; w szpitalu bowiem swoim umiał skupiać młodych kolegów, z których pod jego okiem wykształcił się zastęp dzielnych specyalistów. Dowodem uznania i poważania, jakie zjednał sobie w kołach koleżeńskich, był wybór jego na prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w r. 1889.

Drukiem, oprócz sprawozdań ze szpitala, ogłosił niewiele, dzieląc się swemi spostrzeżeniami przeważnie ustnie w Towarzystwie lekarskiem (O antypirynie 1884, Miesiączkowanie zastępcze z uszu 1886 i i.).

W r. 1900, złożony ciężką i nieuleczalną chorobą, ustąpił ze stanowiska dyrektora szpitala, poczem przeniósł się do Krakowa, gdzie też dokonał życia 8 lutego b. r. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy odbył w d. 21 III. 1908 posiedzenie, na którem rozpatrywano udzielenie jednej zapomogi, uchwalono ogłaszać w pismach lekarskich o darach złożonych na rzecz funduszu wdów i sierot, przyjęto sprawozdanie roczne, które będzie przedłożone Walnemu Zgromadzeniu, rozpatrywano sprawę ostrzeżenia przed pewną posadą gminną i uchwalono przystąpić do »Towarzystwa prawnej ochrony podatników w Krakowie« celem zapewnienia bezpłatnej pomocy prawnej członkom Towarzystwa w sprawach podatkowych. *R.*

Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy, zawiązane we Lwowie z inicyatywy Dra Wątorka, odbyło 21. III. b. r. Walne zgromadzenie, na którem wybrano na pierwsze trzechlecie Radę nadzorczą i Dyrekcyę. Prezesem Rady nadzorczej wybrany został Dr F. Zakrejs, wiceprezesem Dr F. Obtułowicz, sekretarzem Dr Mieczysław Sołtysik, członkami Rady Prof. Bujwid z Krakowa, Dr Praschil ze Lwowa, Dr Dmochowski z Przemyśla, Dr Kubisztal ze Stanisławowa, Dr Linsker ze Stryja, Dr Borysiewicz z Monasterzysk, Dr Porajewski z Liska, Dr Szenker z Kałusza i Dr Bieńkowski ze Lwowa. Do dyrekcyi wybrani zostali: Dr Wątorek naczelnym dyrektorem, Dr Szymański dyrektorem-referentem, Dr Fruchtmann dyrektorem-kontrolorem, Dr Damański kasyerem, Dr Wychowski i Dr Owczarski zastępcami dyrektorów. *R.*

Z państwowego Związku organizacyi lek. austr. Koledzy, zamierzający starać się o miejsce, ogłaszane w dziennikach pod nagłówkiem: »Doctor medicinae gesucht für eine Sommerfrische« zechcą we własnym interesie zasięgnąć wprzód wiadomości u podpisanego. Prezes P. Żw. *Dr Janeczek.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15. do 21. III. 1908 doniesiono o 38 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Cieszanów (Suchawola 2), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 3), Jaworów (Hruszowice 4, Olszanica 4), Kamionka (Kamionka 2, Budki niezn. 1), Lisko (Łuh 1, Jaworzec 2), Podhajce (Nowosiółka 1), Rawa (Werhrata 1, Majdan 8), Stanisławów (Komarów 4), Złoczów (Złoczów 1), Żółkiew (Dobrosin 3); o 1 przypadku ospy w Miękini pow. Chrzanów i o 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Nisko (Bieliniec 1), Bochnia (Targowisko 4). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14 do 21. III. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 20 (6), zapalenia płuc 6 (2), błonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 21. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1 (w tem obcych — † 1), krztuśca —, płonicy 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 21. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy —, krztuśca 2, płonicy 18 † 3 (w tem obcych 1 † 1), odry 8 † 1 (3 † —), duru brzusznego 1, duru osutkowego 2. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dowiadujemy się, że kierownictwo szpitala św. Łazarza oddane zostało przez Wydział krajowy Drowi Józefowi Krzyszkowskiemu ze Lwowa.

Dr Krzyszkowski, ur. w kijowskiem, przeszedł studya w Krakowie i Gracu, dyplom doktorski uzyskał na Wszechnicy Jagiellońskiej w r. 1897. W zakresie anatomii patologicznej pracował do końca r. 1901, zrazu w krakowskim zakładzie pod kierunkiem Prof. Browicza, później przez 4 lata jako asystent zakładu lwowskiego pod kierunkiem Prof. Obrzuta.

W styczniu 1902 został sekundaryuszem krajowego szpitala we Lwowie, a w r. 1905 prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w tymże szpitalu. W r. 1907 przebywał w celach naukowych zagranicą. Drukiem ogłosił: »Tobielowate zwyrodnienie nerek« (1898), »Periarteriitis nodosa« (1899), »Tętniaki tętnicy płucnej i t. d.«. »Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika«. »Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany« (1901), »Zestawienie przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze« (1905), (w »Przeglądzie lek.«) oraz »Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki« (1900 Nowiny lek., po niemiecku Arch. f. Gyn.), »Leczenie róży jothionem i chininą« (1906, Tygodnik lek., po niem. Allg. Wr. med. Ztg.), oprócz licznej kazuistyki, streszczonej w protokołach posiedzeń Towarzystwa lek. lwowskiego.

— Ponieważ wobec rozwoju ćwiczeń ruchowych wśród młodzieży park Jordana już nie wystarcza, przeto utworzona przy »Krajowym Związku turystycznym« Sekcya sportowa podjęła starania, by miasto wydzierżawiło jej $4^1/_2$ hektara z błoń miejskich na lat 16 i urządziło na tym terenie boiska do ćwiczeń fizycznych, szatnie i t. d. Utrzymanie boisk i budynków, oraz opłacanie 1,200 K rocznego czynszu dzierżawnego bierze na siebie Sekcya sportowa. Starania te zostały przez Prezydyum miasta przyjęte życzliwie.

— W sprawie sposobu prowadzenia i potrzeb parku Jordana odbyła się ankieta, zwołana przez Zarząd miasta. W sprawozdaniach z niej nie ma wzmianki o udziale lekarzy z poza Rady miejskiej. Czyżby ich wcale do ankiety nie wezwano?

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Weber, rodem z Krakowa.

Lwów. »Tygodnik lek.« (Nr 12) potwierdza wiadomość o powołaniu Prof. Jurasza na katedrę laryngologii do Lwowa. Wniosek w tym względzie przedłożył Wydział lekarski lwowski już dawno ministerstwu oświaty, dotychczas jednak toczą się jeszcze układy między rządem austryackim, a Prof. Juraszem. Według »Tygodnika« prawdopodobnie obejmie Prof. Jurasz katedrę istotnie w jesieni r. b.

Prof. Jurasz urodził się w Spławiu w Poznańskiem w roku 1847. Wykładów medycyny słuchał w Gryfii i w Würzburgu, a uzyskawszy w r. 1871 tytuł doktora wszech nauk lekarskich, celem dalszych studyów wyjechał do Szwecyi, a następnie zwiedził całą prawie Europę. W r. 1872 uzyskał asystenturę na poliklinice w Heidelbergu i w tamtejszym szpitalu dziecięcym. W r. 1877 habilitował się jako docent prywatny na uniwersytecie w Heidelbergu, a w r. 1880 został zamianowany profesorem laryngologii na tym uniwersytecie. Działalność na tem stanowisku i liczne prace naukowe zjednały mu sławę w całej Europie.

— Wydział lekarski habilitował Dr Stefana Dąbrowskiego z zakresu chemii lekarskiej.

— Na kursach samarytańskich dla kobiet, urządzonych od 26. III. do 11. IV. staraniem »Koła medyków« wykładać będą profesorowie Kadyi, Beck, Kučera, Barącz, Raczyński, Biernacki, Gońka i docenci Bednarski, Marischler i Zaleski.

— Instytucya »Kropli mleka«, którą miasto już postanowiło było we własnym zarządzie utworzyć, nie dojdzie do skutku. Na zebraniu bowiem, zwołanem w tej sprawie przez Magistrat w d. 14. III. 1908 oświadczyli lekarze-pedyatrzy z Prof. Raczyńskim na czele, że w ostatnich miesiącach uznano w Niemczech »Krople mleka« za instytucye zbyt kosztowne w stosunku do uzyskanych wyników i że we Lwowie, gdzie niemowlęta tylko wyjątkowo karmione są sztucznie, instytucya taka tem mniej jest potrzebna.

Warszawa. Wydział klimatologiczny Towarzystwa higienicznego postarał się o utworzenie w Warszawie kuchni dyetetycznej dla chorych, która będzie prowadzona przez p. Norkowską, kierowniczkę szkoły gospodarstwa domowego, a nadzorowana przez komisyę Wydziału, do której wybrani zostali: Dr Dydyński, Grundzach, J. Jaworski, M. Rajchman, Winiarski i J. Zawadzki.

Z różnych stron. Przy »Związku polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zawiązał się osobny komitet budowy szpitala polskiego. Posiedzenie organizacyjne tego komitetu odbyło się d. 9/22. III. b. r. przy udziale przeszło 100 osób. Wiceprezesem Komitetu wybrany został Dr Zakrzewski, sekretarzami Dr Bykowski, Jastrzębski i W. Kozłowski, skarbnikiem Dr Hattowski. Wybór prezesa odroczono.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Prof. Kader: Przedstawienie chorych. 2) Prof. Trochanowski: Zdroje iwonickie w świetle ostatniego rozbioru z r. 1907. 3) Dr Schlank: W sprawie opatrywania pępowiny u noworodka.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovina (Dr M. Dreysel, Fortschritte der Medizin Nr 4 1908) jest przetworem, złożonym z difenylaminu i kwasu tymylobenzoelowego. Stosowana w wielu przypadkach ostrego i przewlekłego wiewióra, okazała się arhovina środkiem pozbawionym działania drażniącego, nawet przy używaniu 12 kapsułek dziennie przez 6 tygodni. Arhoviny używa się z korzyścią przy silnych zapaleniach pęcherza, w razie pieczenia przy oddawaniu moczu i przy bolesnych wzwodach. Równocześnie jednak z zażywaniem arhoviny musi być stosowane leczenie miejscowe. Arhovina łagodzi objawy podmiotowe; palenie, bóle w okolicy pęcherza i t. p. ustępują zwykle szybko, wyjątkowo przeciągają się przez 2—3 tygodni. Kwaśność moczu podnosi się. Arhovina zmniejsza mętnienie moczu; w pewnej liczbie przypadków nawet przy silnem zmętnieniu i objawach ciężkiego zapalenia następuje zupełne wyjaśnienie moczu. Im mniej gruczoł krokowy zajęty jest sprawą zapalną, tem prędzej mocz się wyjaśnia. Zapobiegawczo stosuje się arhovinę także z pomyślnym skutkiem. D. podaje, że gdy bez leczenia bywa 80—90% powikłań, to po arhovinie tylko 26%. Chory, który przez 3 tygodnie używając arhoviny nie miał powikłań, dostał wkrótce po odstawieniu jej zapalenia cewki tylnej i najądrza. Arhovina jest zatem pożytecznym środkiem w leczeniu wiewióra, szczególnie jeżeli się ją stosuje wcześnie obok leczenia miejscowego. *Hr.*